

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

ASAISS14

2016/7

Päivi Holmström

TYÖVÄLINE MUISTISAIRAAN TOIMINTAKYVYN HAVAINNOINNIN TUEKSI



OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja

2016 | 49 + 8

Tarja Bergfors, Sari Kallio-Kökö

Päivi Holmström

TYÖVÄLINE MUISTISAIRAAN TOIMINTAKYVYN HAVAINNOINNIN TUEKSI

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä ovat muistisairaita vanhuksia. Muistisairaudesta johtuen vanhus tarvitsee erilaisia palveluja selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista ja kyetäkseen pitämään toimintakykyään yllä. Toimintakyvyllä käsitteenä voidaan tarkoittaa jokapäiväisistä toimista selviytymistä tutussa ympäristössä omien tavoitteiden ja toiveiden mukaisesti. Muistisairaana elämän laatua ja toimintakykyä voidaan edistää erilaisilla tukitoimilla. Ikääntyneiden kotona pärjäämisen kannalta moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä. Päiväkeskuksilla on suuri rooli yksilön toimintakyvyn ylläpitämisessä ja yhteistyö muiden tahojen kanssa on tärkeää.

Opinnäytetyön tehtävänä on kehittää Salon Muistiyhdistyksen Päiväpaikalle työväline muistisairaana toimintakyvyn havainnointiin. Tavoitteena on auttaa muistisairaiden toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seurantaa ja raportointia.

Työväline kehitettiin yhteistyössä Päiväpaikan kanssa, jotta siitä muodostui heidän tarpeisiinsa sopiva. Havainnointiin tarkoitettuun työvälineeseen valikoitiin osa-alueiksi toimintakyvyn yleisen jaon mukaan fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Näistä alueista poimittiin olemassa olevia mittareita hyödyntäen alueet, joista Päiväpaikassa on mahdollista tehdä havainnot.

Työvälinettä voidaan lähteä jatkokehittämään luomalla kokonaan uusi mittaristo, joka perustuu kodin ja laitoksen ulkopuolella tehtävään muistisairaiden vanhusten toimintakyvyn muutosten havainnointiin ja seurantaan. Opinnäytetyön aihetta voidaan sen ajankohtaisuuden vuoksi käyttää erilaisissa tutkimuksissa, koskien esimerkiksi eroja muistisairaana toimintakyvyssä kotona ja kodin ulkopuolella.

ASIASANAT:

toimintakyky, muistisairaus, työväline, havainnointi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Päivi Holmström

Registered nurse

2016 | 49 + 8

Tarja Bergfors, Sari Kallio-Kökkö

Päivi Holmström

A TOOL FOR SUPPORT OBSERVATION OF FUNCTIONAL ABILITIES OF THOSE WHO ARE SUFFERING FROM A MEMORY DISORDER

Most of the people using social and healthcare services are elderly people with memory disorders. These disorders result in the elderly needing various services to cope with their daily activities and to keep their functional abilities up. Functional ability as a concept means surviving everyday activities in a person's own environment according to their own goals and wishes. Functional abilities and the quality of life can be enhanced with different supportive actions. Elderly people should be able to live at home for as long as possible and to support that, multidisciplinary collaboration is essential. Daytime centers play a great role maintaining an individual's functional abilities and collaborating with other quarters involved in the individual's health care is important.

The task of this thesis is to develop a tool for Salon Muistiyhdistys (memory association) and their Päiväpaikka (day place) to support the observation of functional abilities of those who suffer from a memory disorder. The goal is to aid the monitoring and reporting of changes in the functional abilities of people with memory disorders.

The tool was developed in collaboration with Päiväpaikka, to suit their needs. The sections consist of physical, mental, cognitive and social abilities. Utilizing the indicators currently in use, specific areas that are possible to observe in Päiväpaikka were chosen for this tool.

KEYWORDS:

functional ability, memory disorders, tool, observation

EXAMENSARBETE (YH) | ABSTRAKT

ÅBO YRKESHÖGSKOLA

Sjukskötare

2016 | 49 + 8

Tarja Bergfors, Sari Kallio-Kökkö

Päivi Holmström

VERKTYG FÖR ATT STÖDJA OBSERVATION AV MINNESSJUKAS FUNKTIONSFÖRMÅGA

Största delen för dom som använder social- och hälsovårdens tjänster är minnessjuka äldre personer. På grund av minnessjukdom behöver åldringarna olika tjänster för att klara av vardagliga sysslor och för att kunna behålla sin funktionsförmåga. Funktionsförmåga som begrepp kan hänvisa till att klara av vardagliga sysslor i en bekant miljö, enligt egna mål och önskemål. Livskvalité och funktionsförmåga kan stödjas med olika stödåtgärder. Äldre personer borde kunna bo hemma så länge det är möjligt och mångprofessionell samarbete är nödvändigt för att stödja detta. Dagcenter har stor roll för att hjälpa individen att behålla sin funktionsförmåga och samarbetet med andra parter som deltar i skötsel är viktigt.

Examensarbetets syfte var att utveckla ett verktyg för att observera minnessjukas funktionsförmåga till Salos Muistiyhdistys (minnes association) och deras Päiväpaikka (dagcenter). Målet var att hjälpa spårning och rapportering av förändringar om minnessjukas funktionsförmåga.

Verktyget var utvecklad tillsammans med Päiväpaikka för att det skulle passa just för deras behov. Till verktyget för observation valdes delområden av den allmänna fördelningen fysiska, mentala, kognitiva och sociala funktionsförmåga. Från dessa områden valdes de områden där det är möjligt att Päiväpaikka gör observationer och i valet utnyttjades befintliga mätare.

NYCKELORD:

funktionsförmåga, minnessjukdom, verktyg, observation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 MUISTISAIRAUDET	9
3 TOIMINTAKYKY	14
4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	20
5 SALON MUISTIYHDISTYS JA PÄIVÄPAIKKA	26
6 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	28
7 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS	29
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	38
9 POHDINTA	43
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus
Liite 2. Taulukko tutkimuksista
Liite 3. Ulkomaalaiset artikkelit
Liite 4. Työväline

Kuviot

Kuvio 1 Muistisairauksien yleisyys	9
Kuvio 2 Ikääntyneen tarpeiden arviointi (soveltaen Ford ym. 2004, 8).....	22
Kuvio 3 Projektisuunnitelman rakenne (soveltaen Silfverberg 2007, 36)	29
Kuvio 4 Projektin työsuunnitelma	30
Kuvio 5 Työvälineeseen valitut toimintakyvyn osa-alueet	32

KÄYTETYT LYHENTEET

ADCS-ADL	Alzheimer's Disease Co-operative Study - Activities of Daily Living Inventory
ADL	Activity of Daily Life
BADL	Basic activities of daily living
CDR	Clinical Dementia Rating
CERAD	The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, kognitiivinen tehtäväsarja
CSCI	Comission for socialcare
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
FCG Oy	Finnish Consulting Group Oy
GDS	The geriatric depression scale, myöhäisiän depressioseula
IADL	Instrumental activities of daily living
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICF	International Classification of Functioning
MCI	Mild kognitive impairment, lievä kognitiivinen heikentyminen
MMSE	Mini-Mental State Examination, lyhyt muistitesti
PADL	Physical activities of daily living
RAVA	Suomen kuntaliiton omistama Ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari
SOFI	Short observational framework for inspection
THL	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organisation

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä muistisairauksiin sairastuneiden määrä kasvaa ja näin ollen se tulee kuormittamaan koko yhteiskuntaamme. Haasteena on palveluiden kehittäminen ja toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän aikaansaaminen. Sosiaali- ja terveyspoliittiset säädökset antavat aihetta kehittää muistisairaiden kuntoutusta ja toimintakyvyn tukemista heidän omassa ympäristössään. Kehittämiseen tarvitaan laajasti tietoa siitä, kuinka erilaiset sairaudet vaikuttavat arjessa selviytymiseen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 9.)

Yleisimpiä oireita etenevässä muistisairaudessa ovat muistiongelmien, kielellisten vaikeuksien, ympäristön tulkitsemisen vaikeudet, orientaatio-ongelmien, aloitekyvyttömyys ja käytännöllisyyden puute. Nämä kaikki vaikuttavat henkilön toimintakykyyn ja hänen selviytymiseensä normaaleista päivätoiminnoista varsinkin sairauden ollessa etenevä. On siis tärkeää tehdä kattava tutkimus heti ensimmäisten muistisairauden oireiden ilmaantumisessa. Tutkimukseen kuuluvat kliinisten tutkimusten lisäksi monia erilaisia testejä, haastatteluja ja mittausmenetelmiä. (Ericsson 2011, 17.)

Muistisairauteen sairastuneen hoidon keskeisiä tavoitteita ovat oireiden lievittäminen, toimintakyvyn tukeminen ja sairauden etenemisen hidastaminen. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä tulee olla riittävästi tietoa muistisairauden lääkähoidosta, arvioinnista, seurannasta, dokumentoinnista ja tiedon välittämisestä hoitoon osallistuvalla verkostolla. (Toljamo & Koponen 2011, 29.)

Suomessa on käytössä monia erilaisia arviointijärjestelmiä ja mittareita muistisairaana ja dementiaoireisen henkilön palveluntarpeen ja tuen tarpeen selvittämiseksi. Toimintakyvyn riittävään arviointiin kuuluu ehdottoman tärkeänä osana havainnointi erilaisissa ympäristöissä ja arkisissa tilanteissa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 8.)

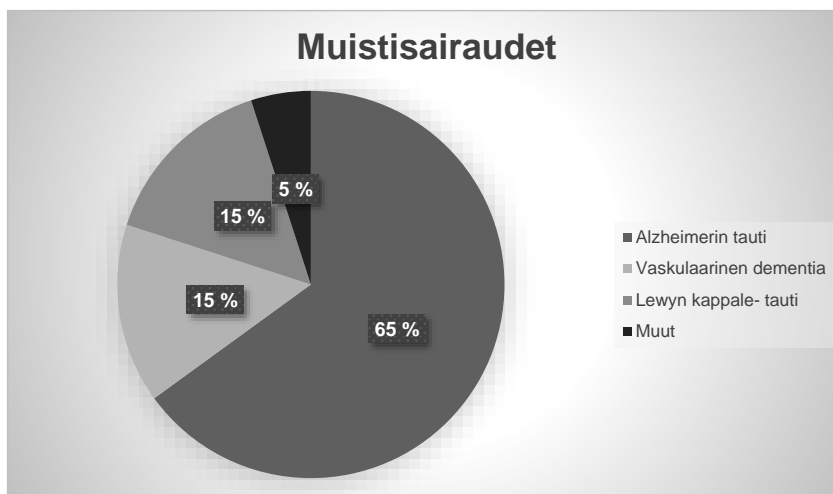
Salon muistiyhdistys ry:llä on muistisairaille tarkoitettu Päiväpaikka, jossa järjestetään kuntouttavaa päivätoimintaa. Kuntoutusta tuetaan virikkeellisellä toiminnalla kodinomaisessa ympäristössä, kuten esimerkiksi liikunnalla, peleillä tai askartelulla. (Muistisalo 2016.)

Opinnäytetyön tehtävänä on kehittää Salon muistiyhdistyksen Päiväpaikalle työväline muistisairaalan toimintakyvyn havainnointiin. Tavoitteena on helpottaa Päiväpaikan ohjajia muistisairaiden toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seurannassa ja raportoinnissa.

Commented [A1]: parantaa??

2 MUISTISAIRAUDET

Joka vuosi Suomessa ilmenee noin 13 000 uutta muistisairautta sairastavaa ihmistä ja noin kolmannes 65 vuotta täyttäneistä kertoo kärsivänsä eriasteisista muistihäiriöistä. Muistisairauksista on tullut kansantauti, jota kyetään ehkäisemään riittävällä valistuksella ja tiedon lisäämisellä. Diagnoosin saatuaan muistisairaalle aloitetaan yleensä lääkytys, jonka tarkoituksena on kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauteen liittyvien erilaisten oireiden lievitys. Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta sairauden tila voidaan vakiinnuttaa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010.) Muistisairauksista yleisempiä (kuvio 1) ovat Alzheimer, verisuoniperäinen dementia ja Lewyn kappale-tauti (Chouliaras, Topiwala, Cristescu & Ebmeier 2015, 15; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 85).



Kuvio 1 Muistisairauksien jako diagnoosien kesken

Muistisairaus käsitteenä tarkoittaa sairautta, joka heikentää ihmisen muistia ja kykyä käsitellä erilaista tietoa. Sairauteen liittyy kuitenkin iso joukko erilaisia oireita ja on hyvin yksilöllistä, miten oireet ilmenevät tai missä järjestyksessä ne esiintyvät. Omatoimisuuden heikentyminen ja erilaiset käytösoireet liittyvät kaikkiin muistisairauksiin, vaikka pe-

rinteisesti muistisairautta on pidetty nimenomaan muistin kannalta ongelmallisena sairautena. (Hallikainen 2014, 45–46.) Muistisairauden syyt voidaan jakaa neljään ryhmään; paikallinen vaurio aivoissa vaikuttaa muun muassa muistiin ja oppimiskykyyn. Häiriöt aineenvaihdunnassa, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, vaikeuttavat hermoverkostojen toimintaa aiheuttaen ongelmia muistissa. Hermosolujen tuhoutuminen ja kato sekä hermostojen toiminnalliset häiriöt, kuten masennus, voivat myös olla muistihäiriöiden syynä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 51.) Corrada, Brookmeyer, Paganini-Hill ym. totesivat tutkimuksessaan vuonna 2010, että riski sairastua dementoivaan sairauteen kaksinkertaistuu viiden vuoden välein aina ikävuodesta 65 alkaen ja tutkimuksen mukaan sairastuminen jatkuu korkean iän saavuttamisen jälkeen (Corrada, Brookmeyer, Paganini-Hill ym. 2010, 3).

Dementia nimitystä käytetään monesti virheellisesti diagnoosina muistisairauksien yhteydessä. Dementialla tarkoitetaan useita aivojen toimintakykyyn vaikuttavia oireita, joita voidaan tunnistaa psyykkisen hyvinvoinnin ja tunne-elämään liittyvien ongelmien tai päivittäisten toimintojen vaikeuksien kautta. Tavallisia dementiaan kuuluvia oireita ovat lähimuistin heikentyminen, kielelliset vaikeudet sekä vaikeudet kirjoittamisessa, laskemisessa ja tunnistamisessa. Myös päivittäisistä toiminnoista, kuten pukemisesta ja ruokailusta suoriutuminen vaikeutuu. Näiden ongelmien myötä henkilön sosiaalinen elämä sekä persoonallisuus muuttuvat, joka voi näkyä eristäytymisenä sekä passiivisuutena. Oireiden yhteydessä voi myös esiintyä sekavuutta ja aggressiivisuutta. (Helbostad, Taraldsten & Saltvedt 2011, 273; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54–55.)

Lievä kognitiivinen heikentyminen MCI (mild cognitive impairment) ei ole itsessään tauti, vaan voidaan puhua oireyhtymästä. Lievään kognitiiviseen heikentymiseen kuuluvat käytösoireet ja omatoimisuudessa esiintyvät lievät ongelmat. Tila voi palata ennalleen, pysyä vakaana tai edetä. MCI:n aiheuttajat, oireet ja ennusteet vaihtelevat yksilöllisesti ja sitä voi olla vaikea erottaa dementiaasta. (Pirttilä 2009, 159.) Lievää kognitiivista heikentymää pidetään siirtymävaiheena normaalin ikääntymisen ja dementoivan sairauden välillä. Mitchellin ja Shiri-Feshkin (2009) tutkimuksessa alle puolella lievästä kognitiivisesta heikentymisestä kärsivällä potilaalla kehittyi dementia, vaikka aikaisemmin määrän on epäilty olevan suurempi (Mitchell & Shiri-Feshki 2009, 259).

Erilaisia dementoivia sairauksia on noin 70. Ne voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Ensimmäisiä eteneviä muistisairauksia ovat esimerkiksi Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti ja Parkinsonin tauti. Etenevät muistisairaudet on nimetty sen mukaan missä osassa ai-

voja ongelmat ilmenevät. Verisuoniperäisten dementoivien tautien taustalla voi olla esimerkiksi aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen hapenpuutteesta johtuvat muutokset. (KUVIO 1) Toissijaisia dementiaa aiheuttavia tapahtumia ovat alkoholin käytöstä johtuva dementia, tulehdukset, onnettomuudet, verenvuodot ja aivokasvaimet. (Wahlund 2006, 11; Aller 2013, 5–6.) Vuonna 2011 Etgenin tutkimusryhmän tekemän tutkimuksen mukaan dementian oireisiin voidaan vaikuttaa huolehtimalla somaattisten sairauksien hoidosta ja ennaltaehkäisystä riittävän ajoissa. Näihin sairauksiin kuuluvat muun muassa verenpainetauti, diabetes ja kohonneet kolesteroliarvot. (Etgen, Sander, Bickel ym. 2011, 748.)

Alzheimerin taudin aiheuttavaa mekanismia ei vielä tunneta, mutta se on yleisin muistisairaus. Nykyään 80 prosenttia dementoivista sairauksista liittyy Alzheimerin tautiin, joko yksinään tai eri tautien yhdistelminä. Tauti kuuluu eteneviin aivoja rappeuttaviin muistisairauksiin, eikä sen ole todettu olevan perinnöllistä. Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita ovat muistiin liittyvät ongelmat. Ongelmat alkavat yleensä lähimuistin kanssa ja sairauden edetessä ongelmia esiintyy kognitiivisissa toiminnoissa sekä yleisesti toimintakyvyssä. Sairauden etenemistä ei voida pysäyttää, mutta oireita voidaan lievittää lääkityksellä. (Juva 2015, www.terveyskirjasto.fi.)

Vaskulaarisen dementian eli aivoverenkierron aiheuttaman muistisairauden kohdalla puhutaan oireyhtymistä, jotka ovat saaneet alkunsa aivoverenkierrossa tapahtuneiden muutoksien tai aivoverisuonten muutosten jälkeen. Vaskulaarisesta dementiaasta kärsii toiseksi eniten dementoivia sairauksia sairastavista potilaista. Sairaus vaikuttaa potilaan fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn aiheuttaen joskus myös käytösoireita. Tyypillistä sairaudelle on sen vaihtelevuus. Sairaus ei etene yhtä nopeasti kuin esimerkiksi Alzheimerin tauti ja potilaalla saattaa olla välillä paljon parempia päiviä. Vaskulaarisen dementian syntyyn on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa elintapamuutoksilla. Korkean verenpaineen hallinta on yksi tärkeimmistä ehkäisykeinoista. Muita riskitekijöitä aivoverenkiertohäiriöille ovat mm. korkea kolesterolia, diabetes, tupakointi, aivoinfarkti, sydänsairaudet ja ikääntyminen. Yhtä tiettyä lääkettä ei aivoverenkiertohäiriön aiheuttamaan muistisairauteen ole, joten hoito tapahtuu oireenmukaisesti ja riskitekijöihin puuttumalla. (Puurunen 2007, 30.)

Eteneviin muistisairauksiin kuuluva **Lewyn kappale -tauti** on saanut nimensä hermosoluissa sijaitsevien Lewyn kappaleiden kerääntymisestä aivojen kuorikerrokseen. Taudin ei ole havaittu periytyvän, mutta syitä sairastumiseen ei vielä tunneta. Lewyn kappale -taudissa kognitiiviset taidot heikkenevät ja potilaan toimintakyky voi vaihdella suuresti

Commented [A2]: viittaus kuvioon 1 jonnekin tähän kplseen

jopa yhden päivän aikana alentuneen vireystason vuoksi. Tautiin ei ole olemassa parannuskeinoa, mutta oireita hoidetaan muistilääkkeillä ja moniammatillisella kuntoutuksella on saatu hyviä tuloksia aikaiseksi. (Juva & Härmä 2013, 4.)

Otsa-ohimolohkorappeumaa kutsutaan myös frontaalilohkodementiaksi ja se on harvinaisin kaikista muistisairauksista. Tämä dementoiva sairaus alkaa yleensä aikaisemalla iällä kuin muut muistisairaudet, joten ensimmäiset oireet voivat alkaa jo 40–50-vuotiaana. Otsa-ohimolohkorappeuma sekoitetaan joskus psyykkisiin sairauksiin, koska oireet ovat erilaiset muihin muistisairauksiin verrattuna. Rappeuman oireistoon kuuluu paljon käytökseen liittyviä oireita ja potilas kieltää sairastuneensa. Frontaalilohkodementiaan sairastuneen toimintakyky heikkenee paljon nopeammin kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Varsinaista lääkkeitä ei ole olemassa tämän dementoivan sairauden muotoon vaan oireita lääkitään niihin tarkoitetuilla lääkkeillä. (Andersson, Johansson & McElhinney 2010, 11–12.)

Parkinsonin tauti kuuluu myös eteneviin neurologisiin sairauksiin. Diagnoosi voidaan kuitenkin yleensä tehdä vasta seurannan jälkeen. Parkinsonin taudin epäillään olevan jossain määrin periytyvää, mutta tarkkaa syytä tautiin sairastumiselle ei vielä ole saatu esille. Parkinsonin tauti on yleisesti ottaen liikuntakykyyn vaikuttava tauti, mutta taudin myöhemmässä vaiheessa potilaalle tulee muitakin oireita. Dementiaoireita ja kognitiivisen toimintakyvyn laskua Parkinsonin tauti aiheuttaa vasta vuosien kuluttua ja silloinkin kyse voi olla monen sairauden summasta tai esimerkiksi masennuksesta johtuvasta oireilusta. (Askmark, Arvidson, Beermann ym. 2008, 17.)

Sekamuotoiseen dementiaan sairastuminen on hyvin yleistä iäkkäämpien henkilöiden kohdalla ja voi olla vaikea määritellä onko kyseessä etenevä muistisairaus vai aivoverenkierron häiriöiden aiheuttama muistisairaus. Muistisairaalla voi olla useampi muistisairaus samanaikaisesti ja ne kaikki aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä. (Aller 2013, 6–7.)

Kansanterveyslaitoksen (2007) teettämän tutkimuksen mukaan alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi ikääntyvien ihmisten joukossa. Laitalainen, Helakorpi & Uutela toteavat tutkimuksessaan myös, että täysin raittiiden vanhusten määrä on vähentynyt. Alkoholin ongelmakäyttöä voidaan pitää monien muistisairauksien riskitekijänä ja sillä on negatiivinen vaikutus muistisairauden hoitoon sekä oireisiin. **Alkoholidementiaksi** kutsutun sairauden diagnoosi on edelleen kiistanalainen. Vielä ei ole voitu todistaa

Commented [A3]: ei taida olla suomen kielen sana...?sairaudentunnoton?

liittyvätkö alkoholin aiheuttamat ongelmat käytön tuomiin vai alkoholin aiheuttamien aivojen vaurioihin. Alkoholidementia vaikuttaa laajasti ihmisen elämänhallintaan ja vaikeuksia esiintyy erityisesti ongelmanratkaisukyvyssä. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2007, 9; Vataja 2014, 296–298.)

Kaikki muistisairaudet vaikeuttavat sairastuneen ja hänen läheistensä elämää. Muistisairaudet heikentävät muistia, mutta voivat jo sairauden alkuvaiheessa heikentää toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Vuonna 2008 Beard ja Fox selvittivät tutkimuksensa yhteydessä, että muistisairauden diagnoosi vaikuttaa ihmisen persoonallisuuteen ja vaikeuttaa vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Muutokset aiheuttavat pelkoa ja hämmennystä muistisairaassa ja hänen omaisissaan. Vaikka muistisairaus vaikuttaa toimintakykyyn heikentävästi, säilyy sairastuneella useita kykyjä sekä ominaisuuksia, joiden tukemiseen tulee panostaa hoidon alusta lähtien. Näitä ovat esimerkiksi huumorintaju ja lukukyky. (Beard & Fox 2008, 1512; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 100–102.)

Etenevien muistisairauksien vaikeusastetta tarkastellaan yleisesti lievän, keskivaikean ja vaikean muistisairauden kautta, koska toimintakyky heikkenee asteittain ja vähitellen. Lievässä muistisairaudessa henkilön muisti on selvästi heikentynyt ja hän unohtelee asioita. Tässä vaiheessa ympäristö on jo havainnut ongelmat. Keskivaikeassa vaiheessa oireet lisääntyvät ja vahvistuvat. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen on vaikeaa ja kommunikointi muiden ihmisten kanssa ei enää onnistu luontevasti. Tähän vaiheeseen kuuluu myös sairauden kieltäminen ja erilaiset sekavuustilat. Keskivaikeaa muistisairautta sairastava henkilö tarvitsee ulkopuolista apua selviytyäkseen. Vaikeassa muistisairaudessa henkilön aivoista suurin osa on saanut vaurioita. Aikaisemmat oireet pahe-nevat ja fyysinen toimintakyky heikkenee. Puheen tuottaminen saattaa loppua ja orientaatiokyky kadota kokonaan. Vaikeassa muistisairauden vaiheessa muistisairas tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. (Aller 2023, 10.)

3 TOIMINTAKYKY

Tieteessä toimintakyky on jaettu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278.) Laajempi määritys toimintakyvystä tarkoittaa ihmisen omasta mielestään tärkeiksi koetuista toiminnoista selviytymistä hänen omassa lähiympäristössään. Yleisesti toimintakykyä voidaan tarkastella voimavaralähtöisesti tai olemassa olevina toimintakyvyn vajauksina. Oman toimintakyvyn arviointiin liittyy aina koettu terveys, sairaudet, asenteet, toiveet ja ne haittatekijät, jotka vaikuttavat päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 24.)

Toimintakyvyllä voidaan myös tarkoittaa vanhuksen selviytymistä hänen päivittäisistä askareistaan. Niitä voidaan tarkastella päivittäisten perustoimintojen (PADL, physical activities of daily living) tai kyvyn hoitaa asioita (IADL, instrumental activities of daily living) kautta. PADL-toimintoihin kuuluvat esimerkiksi liikkuminen ulkona ja sisällä, syöminen, pukeutuminen sekä wc- toiminnoista suoriutuminen. Lääkkeiden itsenäinen käyttö, ruuan valmistus, raha-asioiden hoito ja puhelimen käyttö kuuluvat IADL-toimintoihin. (Pohjolainen 2009, 20.) Toimintoja tai osia niistä on käytetty erilaisten mittareiden ja testien pohjana.

Banerjee, Smith, Lamping ym. tulivat tutkimuksessaan tulokseen, että fyysisellä toimintakyvyn heikkenemisellä ei ole niin suurta merkitystä elämän laadun kokemukseen kuin käytökseen tai psyykkiseen hyvinvointiin liittyvillä ongelmilla. (Banerjee, Smith, Lamping ym. 2006, 146–147.)

WHO:n (World Health Organisation) kansainvälisen toimintakykyluokituksen eli ICF:n (International Classification of Functioning) mukaan toimintakyky muodostuu eri elinjärjestelmien suoritusten ja toimintojen yhteydestä. Niiden katsotaan vaikuttavan ihmisen elämään sekä kykyyn osallistua elämiseen liittyviin toimintoihin, kuten esimerkiksi liikkumiseen tai oppimiseen. (Sainio, Koskinen, Sihvonen ym. 2013, 56.)

Vanhustyössä ja vanhusten hoidossa on otettu käyttöön uusi käsite: toimijuus. Toimijuudella viitataan ihmisen kykyyn käyttää jäljellä olevia voimavarojaan omassa arjessaan. Hän kykenee tekemään omaan elämäänsä liittyviä ratkaisuja ja valintoja, jotka mahdollistavat toimintakyvyn heikennyttyä elämän jatkumista yksilöllisten tavoitteiden sekä tarpeiden mukaisesti. Muistisairaana näkökulmasta toimijuuteen vaikuttaa uusi ja muuttunut elämäntilanne. Monet asiat menettävät merkityksensä, kuten lähimenneisyys, nykyhetki

ja tulevaisuus. Muistisairas elää menneisyydessä ja saattaa muistaa hyvinkin vanhoja asioita. (Jyrkämä 2013, 89, 107.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Tie hyvään vanhuuteen- selvityksessä (2007) painotetaan ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn parantamista ja itsenäisen selviytymisen tukemista hoidon perustavoitteina. Yksilökohtaisena tavoitteena voidaan pitää elämänlaadun säilyttämistä ilman toimintakyvyn aiheuttamia rajoituksia, tai sairauksien vaikutusta täysipainoiseen elämään. Toimintakyvyssä voi tapahtua huomattavaa heikkenemistä ennen kuin se vaikuttaa vanhuksen arkipäivään. Selvityksessä tuodaan esille toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät erilaiset haasteet, koska se vaatii moniammatillista yhteistyötä ja erilaisia keinoja toteuttamiseen. (Lehto 2007, 13.)

Toimintakyky käsittää useita ulottuvuuksia ja perinteisesti sitä on tarkasteltu neljän eri alueen kannalta. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, kuten esimerkiksi liikkuminen, nukkuminen, peseytyminen ja syöminen. Oman toiminnan ohjaukseen liittyvät tekijät kuuluvat kognitiivisiin toimintoihin ja näitä voivat olla esimerkiksi muistitoiminnot, kielelliset toiminnot sekä motoriset toiminnot. Haasteista selviytymisen, psyykkinen hyvinvoinnin ja mielialan katsotaan kuuluvat psyykkisen toimintakyvyn käsitteen alle. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät ihmisen taidot olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa, ihmissuhteiden ylläpitäminen ja kaikenlainen sosiaalinen toiminta kotona tai sen ulkopuolella. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Fyysisen toimintakyvyn säilyttämiselle keskeistä on kyky liikkua. Liikkumisessa esiintyviä vaikeuksia voidaan pitää ensimmäisenä merkinä fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä ja se vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (Mäkelä, Autio, Heinonen, Holma ym. 2013, 7.) Muistisairaana kohdalla fyysisen toimintakyvyn ongelmien laajuus riippuu sairaudesta ja sen vaikeusasteesta. Yleensä fyysinen toimintakyky heikkenee vähitellen muistisairauden edetessä ja liikesuorituksissa nähtävät muutokset tapahtuvat asteittain. Näitä muutoksia esiintyy esimerkiksi yläraajojen liikkeiden hallinnassa, monivaiheisissa toimintasarjoissa, kävelyn rytmisissä ja liikkeen sekä puheen yhdistämisessä. Muistisairauden kognitiivisten ongelmien myötä aloitekyky heikkenee ja se voi osaltaan johtaa liikunnan lopettamiseen. (Forder 2014, 109–110.)

Muistisairaus heikentää fyysistä toimintakykyä myös ympäristön tunnistamisen ja välineiden käytön vaikeuksista johtuen. Unen puute, tasapainovaikeudet, pelko, kipu ja kyvyttömyys normien tai sääntöjen noudattamisessa, tuottavat myös vaikeuksia koskien

Commented [A4]: Onko tämä ollut pohjana kehitetylle mittarille ?

liikkumista. Muistisairauden aiheuttamat vaikeudet vaikuttavat sitä kautta suoraan liikuntakykyyn ja sosiaaliseen elämään. (Ternström 2014, 1–2.)

Ihminen vastaanottaa ja käsittelee tietoa ympäristöstään kuulemalla, näkemällä, maistamalla, haistamalla ja kosketuksen välityksellä. Ikääntymisen myötä näiden fyysiseen toimintakykyyn liittyvien aistien herkkyys vähenee ja se saattaa vaikeuttaa ympäristöltä saadun informaation ymmärtämistä. Kuulemiseen ja näkemiseen liittyvät vaikeudet ovat hyvin yleisiä iäkkäämmillä henkilöillä ja useimmilla heistä on käytössään silmälasit tai kuulolaite tai molemmat. Muutoksia haju- ja makuaisteissa tapahtuu harvemmin ja yleensä vasta kun henkilö on täyttänyt 70 vuotta. (Smith & Gove 2005 1–3.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella neljän erilaisen kokemuksiin perustuvan tekijän kautta ja niihin kuuluvat kokemukset elämän tarkoituksellisuudesta, elämänhallinnasta, pystyvyydestä ja omasta toimintakyvystä. Kokemuksiin vaikuttavat ihmisen minäkuva, hänen käsityksensä omista kyvyistään ja taidoistaan, persoonallisuus, mielen-terveys, asenteet ja motivaatio. (Heimonen 2009, 60.)

Elämänhallinnalla tarkoitetaan tunnetta, jossa omien tekojensa kautta ihminen voi vaikuttaa elämäänsä ja saada siitä nautintoa. Elämänhallintaan liittyvät vahvasti kokemukset kontrollin menettämisestä ja kykenemättömyydestä tekemään päätöksiä koskien omaa elämäänsä. Avun vastaanottaminen toisilta voi tuntua vaikealta, koska ihmisen omat odotukset voivat olla korkeammat. Sairastuminen aiheuttaa aina muutoksia ihmisen elämään ja rajoittaa myös ihmisen toimintakykyä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 16, 25.)

Neuropsykiatriisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot, hallusinaatiot, masennus, apatia, ahdistus, levottomuus, ärtyneisyys, estottomuus, ylikorostunut hyvänolon tunne, yöllisen toiminnan häiriöt, ruokahalu ja syömiseen liittyvät ongelmat. Parempien hoitokäytäntöjen löytymiseksi Aaltenin, de Vugtin, Jaspersin ym. tutkimuksen mukaan edellä mainitut neuropsykiatriset oireet ovat hyvin yleisiä ja pitkäkestoisia, mutta niiden esiintyminen ja vaikeusasteet koettiin hyvin yksilöllisesti. (Aalten, de Vugt, Jaspers ym. 2005, 524, 529.) Steinberg, Shao, Zandi ym. tutkivat viiden vuoden ajan dementoivaan sairauteen sairastuneita ihmisiä ja tutkimuksen mukaan 97 prosenttia tutkittavista oli tunnistanut ainakin yhden neuropsykiatrisen oireen itsellään. Apatia, masennus ja harhaluulot olivat oireista yleisimmät, kun taas esimerkiksi estottomuuden lisääntymistä ei tutkimuksessa tullut esiin. (Steinberg, Shao, Zandi ym. 2008, 4.)

Commented [A5]: aalten, de vugt jasperisin tutkimuksen mukaan edellä mainitut neuropsyk.....

On ollut jo pitkään tiedossa, että apatia kuuluu tärkeänä osana esimerkiksi Alzheimerin taudin oireisiin, aiheuttaen muun muassa häiriötä sairastuneen motivaatiossa ylläpitää omaa toimintakykyään ja välinpitämättömyyttä. Apatia on yksi yleisimmistä ja muistisairausten oireista ja tutkimuksen mukaan apatian määrittelyä voidaan soveltaa useimpien muistisairauksien oireiden kuvauksessa. (Mulin, Leone, Dujardin ym. 2011, 164)

Muistisairauteen sairastuminen voi aiheuttaa ihmiselle psyykkisen kriisin. Kriisistä selviytyminen on hyvin yksilöllistä ja joskus siihen tarvitaan ammattiapua. Muistisairaus on vakava sairaus, joka ymmärrettävästi aiheuttaa paljon huolta ja surua. Psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseen voidaan vaikuttaa hyväksymällä sairaus ja tiedostamalla oma tilanteensa. Muistisairauteen sairastunut on usein sairautentunnoton, jolloin hän kieltää sairauden olemassa olon eikä hän halua kohdata omaa tilannettaan. (Mönkäre 2014, 102–103.)

Kognitiivinen toimintakyky eli älyllinen toiminta on tietojen vastaanoton, käsittelyn, säilyttämisen ja psyykkisten toimintojen käyttöön liittyvää tiedonkäsittelyn yhteistoimintaa. Kognitiivista toimintakykyä pidetään psyykkisen toiminnan keskeisinä toimintoina silloin, kun käsitellään kognitiivisia perustoimintoja liittyen muistiin ja oppimiseen. Kognitiivinen toimintakyky yhdistetään usein psyykkiseen toimintakykyyn, koska ne vaikuttavat erittäin vahvasti toisiinsa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25, 28.)

Muisti on yleisin kognitiivinen toiminto, joka yhdistetään vanhenemiseen ja sillä on suuri merkitys ihmisen tekemiselle, ajattelulle ja olemiselle. Ihminen kykenee ymmärtämään elämää, itseään ja maailmaa muistin tieto- ja käsitejärjestelmien kautta. Muisti voidaan karkeasti jakaa lyhyt- ja pitkäkestoiseen muistiin, joilla molemmilla on useita alalajeja. Mieleen painaminen, mielessä säilyttäminen ja mieleen palauttaminen ovat muistamisen vaiheita. Ongelmat muistissa alkavat yleensä uusimmista asioista ja jatkuvat kohti vanhempia muistikerroksia. Muistin toimintaan vaikuttavat sairauksien lisäksi virkeys, stressin määrä, aikaisemmat kielelliset taidot, tietyt lääkkeet sekä nautintoaineet kuten rauhoittavat lääkkeet ja alkoholi. (Hallikainen & Nukari 2014, 15, 18.; Juva 2015.)

Erilaiset kielelliset vaikeudet kuuluvat kognitiivisiin toimintoihin. Vaikeuksia voi syntyä puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä. Nykyään kielellisiin vaikeuksiin liitetään termit ”sujuva afasia” ja ”sujumaton afasia”. Sujuvasta afasiasta kärsivä henkilö tuottaa puhetta sujuvasti, mutta joukossa saattaa olla mitään tarkoittamattomia sanoja tai siihen

kuulumattomia sanoja. Sujuvaan afasiaan kuuluu myös puheen ymmärtämisen vaikeudet. Sujumattomassa afasiassa taas puheen tuottamisessa on suuria vaikeuksia ja joskus puhetta ei kyetä tuottamaan lainkaan. (Andersson, Blomstrand, Dahm ym. 2012, 7.)

Kanadalaiseen Toward Optimized Practise (TOP) tietokantaan on kerätty ohjeita ja op-paita lääkäreille sekä muille terveysalan ammattilaisille erilaisten sairauksien diagno-soinnista ja arvioinnista. Tietokanta on osa Kanadan terveydenhuollon strategiaa. Kog-nitiivisten taitojen vajaatoiminnan arviointiin kehitetyn oppaan mukaan muistiin liittyvät yhtenä osana käsitteet afasia, apraxia ja agnosia. Afasia ilmenee muistisairauden koh-dalla unohdettuina sanoina ja vaikeuksina löytää oikeita sanoja. Apraxia liittyy vaikeu-teen suorittaa tuttuja ja opittuja motorisia toimintoja, kuten paidan päälle pukeminen oi-keinpäin. Agnosialla tarkoitetaan kyvyttömyyttä tunnistaa tuttuja ihmisiä, esineitä tai paik-koja. Agnosia saattaa usein jäädä huomaamatta sairauden alkuvaiheessa. (TOP. 2009, 9.)

Kappaleessa kaksi on kerrottu tarkemmin lievistä kognitiivisesta heikentymisestä (MCI), joka vaikuttaa myös ihmisen toimintakykyyn. Yleensä vaikeudet esiintyvät monimutkais-ten tehtävien suorittamisessa, kuten esimerkiksi laskujen maksamisessa, ostosten teke-misessä tai aterian valmistamisessa. Näihin toimintoihin voi kulua enemmän aikaa tai niiden suorittamisessa voi tapahtua enemmän virheitä kuin aikaisemmin. Yleensä lie-västä kognitiivisesta heikentymisestä huolimatta ihminen säilyttää kykynsä selviytyä it-senäisesti päivittäisistä toiminnoistaan. (Alberta, DeKosky, Dickson ym. 2011, 3.)

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteen alle kuuluvat suhteet muihin ihmisiin, kyvykyys vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa, osallistuminen ja sosiaalisten suhteiden yl-läpitäminen. Myös kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuva yksin tai yhdessä suoritettu harrastustoiminta kuuluu sosiaaliseen toimintakykyyn. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.) Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot eroavat käsitteinä toisistaan. Sosiaalisuudesta pu-huttaessa tarkoitetaan ihmisen halua olla muiden ihmisten kanssa tekemisissä, kun taas sosiaaliset taidot viittaavat kykyyn olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa. (Viinikka, Taimi, Liljeroos ym. 2010, 10.)

Muistisairaus vaikuttaa ajattelun johdonmukaisuuteen ja se vaikeuttaa vuorovaikutusta. Muistisairas unohtaa mistä on keskusteltu, mitä joku on sanonut tai mitä itse on aikonut sanoa. Sanojen ja ajatusten kadottua muistisairas ei kykene puhumaan selvästi ja hän toistaa samoja asioita. (Pohjavirta 2012, 17.) Muistisairauden edetessä ihminen voi unohtaa lapsensa, puolisonsa ja ystävänsä tai sekoittaa heidät toisiin ihmisiin. Vastuu

sosiaalisten kontaktien ja ihmissuhteiden ylläpitämisestä siirtyy omaisille ja läheisille. (Mönkäre 2014, 68)

Muistisairaana kohdalla toimintakyvyn sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arvioinnit ovat erittäin tärkeitä taudinmäärityksen ja aiemmin todetun muistisairauden vaikeusasteen määrittelyssä. Muistisairauden etenemistä voidaan seurata tekemällä havaintoja, haastattelemalla tai käyttämällä erilaisia arviointiin tarkoitettuja testejä sekä mitausmenetelmiä. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan myös sosiaalisten etuuksien ja avohoidon tuen tarpeen selvittelyssä. (Alhainen & Rosenwall 2010, 388.)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Elämän laadun ja toimintakyvyn arviointi ovat osa palveluntarpeen arviointia ja tietoja käytetään palvelujen suunnittelussa sekä niiden kehittämisessä. Erilaiset etenevät muistisairaudet aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä vähittäin, josta myös johtuu askelittainen hoidon, tuen ja palvelujen tarpeen lisääntyminen. Toimintakyvyn arvioinnista saatuja tietoja voidaan käyttää paitsi palvelutarpeen arvioinnissa, myös muistihäiriön syyn selvittämisessä sekä jo todetun dementoivan sairauden vaikeusasteen määrittämisessä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 22–24.)

Triggin, Jonesin & Skevingtonin (2007) tutkimuksen tuloksena selvisi, että muistisairauden lievemmistä oireista kärsivät ihmiset kykenivät helpommin nimeämään tunteitaan sekä arvioimaan omaa terveyttään. Mitchell ja Emilymarie Clionsky (2011) ovat tutkineet muistisairaana omaa käsitystä toimintakyvystään ja lopputuloksena he totesivat, että muistihäiriöistä kärsivä ei välttämättä itse tiedosta lainkaan heikentynyttä toimintakykyään. Tutkimuksessa selvisi myös, kuinka vaikeaa lääkärin on saada selville toimintakyvyn todellinen tila lyhyen käynnin aikana tai pelkästään haastatteleamalla muistisairasta. Toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seuranta tulisi tehdä vuosittaisissa lääkärin-tarkastuksissa. (Trigg, Jones & Skevington 2007, 663.; Clionsky & Clionsky 2011, 653, 657.)

Fyysistä toimintakykyä voidaan yksinkertaisesti arvioida sen perusteella, miten henkilö kykenee suoriutumaan jostakin fyysistä toimintakykyä vaativasta tehtävästä. On olemassa useita eri tapoja arvioida fyysistä toimintakykyä. Tavat voidaan jakaa neljään eri ryhmään: haastattelut ja kyselyt, havainnointi, testit ja laboratoriomittaukset. Erityyppisiä mittareita fyysisen toimintakyvyn mittaukseen on kehitetty, mutta niiden ongelmana on yhdenmukaisen käytännön ja ohjeiden puuttuminen; mikä menetelmä tai mittari soveltuu mihinkin tarkoitukseen parhaiten. (Pohjolainen 2009, 48, 52.)

Psyykkisen toimintakyvyn havainnointiin kuuluu tärkeimpänä osana havainnot ihmisen mielialasta. Iso-Britannian sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa valvovan komission (Commission for socialcare inspection, CSCI) kehittämän SOFI-metodin (Short observational framework for inspection) mukaan mieliala tulee esiin puheen kautta, mutta arvokasta tietoa saadaan myös tekemällä havaintoja ilmeistä, eleistä ja asennoista. Positiivisen mielialaan kuuluu esimerkiksi nauraminen, hymyileminen ja kasvojen sekä kehon rentoutuneisuus. Negatiivinen mieliala tarkoittaa itkuisuutta, valittamista ja kehonkieli vaikuttaa

jännittyneeltä. Mieliala voi olla myös passiivinen, jolloin ihminen suoriutuu pyydyistä toiminnoista, mutta ei osoita ulospäin minkäänlaista tunnetilaa. (CSCI 2009,6.)

Muistisairaahan kognitiivisen toimintakyvyn muutoksien havainnointi tapahtuu helpoiten tekemällä havaintoja ihmisen keskustelusta toisten kanssa. Kykeneekö hän keskustelussa osallistumaan esimerkiksi lähitapahtumien muisteluun, tai muistaako hän yleisimmin käytettyjä sananlaskuja sekä tuttujen laulujen sanoja. Keskustelun johdattaminen aikaan ja paikkaan selvittää muistisairaahan orientaatiokykyä. (TOP 2009, 10.)

Kyky vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa on yksi tärkeimmistä sosiaalisen toimintakyvyn osista. Havaintoja voidaan tehdä katsekontaktin käyttämisestä, tai yleisesti kyvystä keskustella toisten ihmisten kanssa. Vuorovaikutuksen havainnointiin voi sisältyä myös fyysistä kosketusta toiseen ihmiseen, kuten silittämistä tai kädestä kiinni pitämistä. Hyviin vuorovaikutustaitoihin kuuluu muun muassa kunnioitus, toisen kuunteleminen ja kiinnostuksen osoittaminen. (CSCI 2009, 7.)

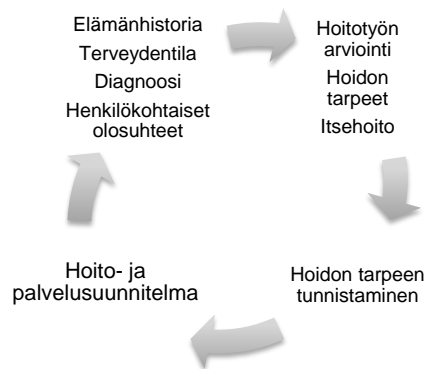
Testin ja haastattelun yhteydessä muistisairas saattaa juuttua asioihin tai hänellä voi ilmetä asiaankuulumattomia miellejohdotuksia. Henkilö voi myös pyrkiä vähättelemään heikkoa tulosta muistitestistä esimerkiksi keskittymiskyvyn puutteella. Testi- ja haastattelutilanteissa voidaan tehdä havaintoja käsitteiden käytöstä, sanojen löytämisestä, omaloitteisuudesta ja suunnitelmallisuudesta. Alzheimeria sairastavan kohdalla puhutaan joskus ”päänkääntöoireesta” ja sillä tarkoitetaan testattavan pään kääntymistä vieressä olevaa saattajaa kohti haastattelun aikana tuen ja avun hakemiseksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 103–104.)

Tällä hetkellä Suomessa on käytössä monia erilaisia arviointijärjestelmiä ja mittareita koskien muistisairaahan ja dementiaoireisen henkilön palvelutarpeen sekä tuen tarpeen selvittämistä. Toimintakyvyn riittävään arviointiin kuuluu tärkeänä osana myös havainnointi erilaisissa ympäristöissä ja arkisissa tilanteissa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tarvitsevat tietoa ja osaamista sekä taitoa tunnistaa elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä dementoivien sairauksien yhteydessä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 8.)

Toimintakyvyn ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen arvioinnin tulee olla osana iäkkään terveydentilan ja hoidon tarpeen määrittämisessä. Arviointiin tarvitaan laajasti tietoa ikääntyneen fyysisestä, biologisesta, psyykkisestä ja fyysisestä terveydentilasta. Edellä mainittuihin liittyvät muun muassa fyysinen kyky toimia, kasvu, kehitys, perhesuhteet, sosiaaliset verkostot, uskonto ja elämäntapa (kuvio 2). Arvioinnin voidaan katsoa olevan ensimmäinen askel yksilöllisen hoidon kehittämisprosessissa ja se auttaa myös

Commented [A6]: ylläoleviin kpl perustuu ilmeisesti teidän mittarinne??

ikääntyneitä huolehtimaan omasta terveydestään itsehoidon kautta. Terveystilasta puhuttaessa tulisi huomioida diagnoosien ja toimintakyvyn lisäksi myös ikääntyneen elämänhistoria ja henkilökohtaiset olosuhteet. (Ford, Blackburn, Trust ym. 2004, 7–9.)



Kuvio 2 Ikääntyneen tarpeiden arviointi (soveltaen Ford ym. 2004, 8)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n ylläpitämä TOIMIA- tietokanta on ammatillisille tarkoitettu toimintakyvyn ja sen arvioinnin luotettava tietolähde. Tietokanta on avattu käyttäjille vuonna 2011. Tietokannassa on noin 80 erilaista toimintakykymittaria, joiden kaikkien toimivuus on arvioitu asiantuntijoiden toimesta, perustuen mittarin käytökelpoisuuteen, pätevyyteen ja toistettavuuteen. TOIMIA:n moniammatillisessa asiantuntijaryhmässä on 40:stä eri organisaatiosta noin 100 eri alan asiantuntijaa. Suomenkielisinä saatavia arviointijärjestelmiä ja mittareita ovat RAVA, MMSE, ADCS-ADL, CERAD, CDR, GDS, ADL ja IADL. (Heimonen & Voutilainen 2006, 31–37.; THL 2015.)

RAVA-mittarilla (nimi koostuu tekijöiden sukunimistä) on tarkoitus mitata iäkkään selviytymistä päivittäisistä perustoiminnoista haastattelun ja havainnoinnin avulla. Tarkoituksena on määritellä ikääntyneen toimintakykyä ja avun tarvetta, mutta sen avulla voidaan myös arvioida työn kuormittavuutta hoitavan henkilökunnan kannalta. Mittarin on kehittänyt lääkärit Tapio Rajala ja Eero Vaissi 1989. Nykyään RAVA:n omistaa kuntaliitto ja sitä kehittää FCG Oy (Finnish Consulting Group). Mittarin käytössä on valtakunnallinen tietokanta, johon tallennetaan mittarin avulla laskettu RAVA-indeksi ja luokka. RAVA:n käyttö vaatii maksullisen koulutuksen ja sitä käytetään hyvin yleisesti kunnissa palvelutarpeen arvioinnin tukena. Mittarissa on 12 havainnointiin perustuvaa kysymystä, joissa

on valmiit vastausvaihtoehdot, kuten esimerkiksi normaali, heikentynyt tai kuuro. Havainnointiin kuuluvat kuulo, näkö, liikkuminen, puhe, rakon- ja suolen toiminta, lääkitys, puukeutuminen, peseytyminen, syöminen, muisti sekä psyykinen tasapaino. (Sokka Kle-mola & Valta 2012, 108, 110.; THL 2015.)

Vuonna 1975 professori Folstein kehitti **MMSE**-testin, jotta erotusdiagnoosiikka psykiatristen ja neurologisten sairauksien välillä helpottuisi ja nopeutuisi. Testin avulla voidaan tarkastella kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä eri osa-alueilla. Testi on helppokäyttöinen ja nykyään käytössä on useita erilaisia muunnoksia testistä. Suomessa testiä ylläpitää Alzheimer -tutkimusseura. Testin käytölle ei ole rajoituksia, eikä se ole maksullinen. Testin käyttäminen ei myöskään vaadi erillistä koulutusta ja sen käytön oppii nopeasti. Alkuperäinen testi perustuu 19 tehtävään, joissa kartoitetaan orientaatiokykyä, muistia, laskemista, kirjoituskykyä ja ohjeiden noudattamista. Testattavan on mahdollista saada 30 pistettä ja virheellisistä vastauksista pisteet vähenevät. Yleensä 24 pistettä tai huonompi tulos lasketaan poikkeavaksi. (Jefferis, Collerton, Taylor ym. 2012, 565.)

MMSE-testiä on kritisoitu muun muassa siitä, että sitä ei ole mahdollista käyttää esimerkiksi näkövammaisten toimintakyvyn arvioinnissa. Tähän tulokseen tulivat myös Jefferis ym. tekemässään tutkimuksessa vuonna 2012. MMSE sisältää testiosioita, jotka vaativat näkökykyä ja näkövammaiset ovat saaneet tästä johtuen testistä alempia pistemääriä, kuin muut. (Jefferis ym. 2012, 565.) MMSE-testi tulisi tehdä testattavan kotona ja rauhallisessa ympäristössä. Ympäristön levottomuus ja muiden henkilöiden läsnäolo samassa tilassa vaikuttavat testitulokseen sekä testattavan keskittymiskykyyn. MMSE-testillä ei voida havaita lieviä muutoksia muistissa ja sen pisteytys ei ole riittävän herkkä, vaan tulos voi olla normaali, vaikka henkilöllä olisi jo todettu alkava muistisairaus. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007, 5.; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 107.)

Suomen Alzheimer -tutkimusseura julkaisee Yhdysvalloissa 1986 kehitettyä **CERAD** (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -tehtäväsarjaa. Se on kehitelty Alzheimerin taudista kärsivien potilaiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja seurantaan Alzheimerin taudin tutkimuksen yhtenäistämiseen suunnatun hankkeen yhteydessä. Suomessa CERAD -tehtäväsarjaa käytetään myös muiden muistisairauksien aiheuttamien toimintakyvyn muutoksien seurannassa ja havainnoinnissa. Tehtäväsarjaa käytettäessä voidaan tehdä havaintoja toimintakyvyn muutoksista jo varhain taudin alkuvaiheessa. CERAD -tehtäväsarjaa käyttävät vain terveydenhuollon ammattihenkilöt ja sen käyttöön vaaditaan erillinen koulutus. Tehtäväsarja on myös maksullinen. CERAD perustuu 12 kysymykseen ja tehtävään, joilla arvioidaan sanojen muistamista,

kuvien muistamista, kielellisiä toimintoja, toimintojen suunnitelmallisuutta ja sujuvuutta sekä tehdään yleisarvio toimintakyvyn heikentymisestä. Tehtäväsarjaa ei kuitenkaan ole suoranaisesti suunnattu muistisairaahan toimintakyvyn mittaukseen, vaan sillä on alun perin tarkasteltu erilaisten potilaiden hoivatarpeita. Mittaustulokset painottuvat henkilön sen hetkiseen toimintakykyyn, ei jäljellä olevaan toimintakykyyn. (THL 2015.)

Barthelin indeksi on tehty laitoshoidossa olevien kroonisesti sairaiden halvausoireisten potilaiden toimintakyvyn arvioinnin tueksi. Indeksien tarkoituksena on mitata henkilön toimintakykyä liittyen päivittäisiin toimintoihin ja se sisältää kymmenen osaa. Barthelin indeksia käytetään maailmanlaajuisesti ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa ja tutkimuksen (Sainsbury, Seebass, Bansal & Young 2005, 228) mukaan se on luotettava, mutta ei sovi henkilöille, joilla on ongelmia kognitiivisessa toimintakyvyssä. Arviointikohteina ovat muun muassa ruokailu, siisteys, WC-käynti, liikkuminen ja pukeutuminen. Pisteiden vaihteluväli riippuu käytettävästä asteikosta, joita on useita erilaisia. Kyselylomakkeen lisäksi indeksiin kuuluu haastattelu ja havainnointi. Kaikkien osioiden suorittaminen on tärkeää, koska silloin saadaan selville toimintakyvyn puutteiden tarkempi sijainti. Mittaustulosten saaminen vie yli tunnin. Barthelin indeksillä on tarkoitus arvioida mitä henkilö todellisuudessa tekee, eikä mitä henkilö kykenisi mahdollisesti tekemään. Mittarin käyttöön ei ole koulutusta saatavilla, vaan käyttöohjeet ovat saatavilla erilaisista artikkeleista. Suosituksena on, että mittarin käyttäjä olisi kuntoutukseen erikoistunut ammattilainen. Myöskään mittausten tulosten tulkintaohjeita ei ole julkaistu missään. Barthelin indeksin käyttö on ilmaista. (THL 2015.)

GDS- (The geriatric depression scale) mittaria käytetään vanhusten masennusoireiden tunnistamisessa haastattelun avulla. Malakouti, Fatollahi, Mirabzadeh ym. (2006) totesivat tutkimuksessaan mittarin soveltuvan erittäin hyvin tarkoitukseensa sekä siinä tuli myös ilmi mittarin luotettavuus ja tarkkuus. Mittarin pidemmässä versiossa on 30 kysymystä vastausvaihtoehdoilla kyllä tai ei, riippuen edeltäneen viikon aikana koetuista tuntemuksista. Kysymykset liittyvät muun muassa koettuun mielialaan, avuttomuuden tunteeseen ja huolestuneisuuteen. Lyhemmässä versiossa on 15 kysymystä ja se soveltuu paremmin käytettäväksi esimerkiksi muistisairaiden kohdalla heikentyneen keskittymiskyvyn takia, koska sen tekemiseen menee vain noin viidestä seitsemään minuuttia. Positiivisten ja negatiivisten vastausten sijoittumisesta sekä pistemäärästä voidaan havaita mahdollisia masennusoireita. Testin tulokseen voi vaikuttaa myös henkilön ikä, koulutus

tai terveydentila. GDS- testin käyttö on maksutonta ja sitä käytetään yleisesti laitoshoidossa olevien potilaiden masennuksen kartoittamisessa. (Malakouti, Fatollahi, Mirabzadeh ym. 2006, 588.; Viramo, Alhainen, Leppävuori ym. 2013, 2.; Greenberg 2012, 1.)

ADL ja IADL (Activities of Daily Living ja Instrumental activities of daily living) -mittareiden tarkoituksena on tarkastella ikääntyneiden toimintakykyä ja sitä kautta voidaan arvioida palveluntarvetta. Mittaus perustuu päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja välinetoimintoihin liittyvään toimintakykyyn. Välinetoimintoihin lasketaan muun muassa ruoan valmistus, ostosten teko, puhelimen käyttäminen ja yleiset kotityöt. Alun perin tavoitteena oli löytää sopiva asuinpaikka vanhukselle. Nyt mittarit ovat käytössä esimerkiksi kotihoidossa asiakkaan toiminnanvajauksien ja palveluiden tarpeiden kartoittamisen apuvälineenä. IADL- mittareiden tuloksiin vaikuttaa sukupuoli, ympäristö ja kulttuuri, joka vaikeuttaa tulosten tulkintaa. Mittareiden käyttöoikeus on rajattu, mutta se on maksuton. Haastattelun tekijän ja tulosten tulkitsijan tulisi kuitenkin olla koulutuksen saanut ammattilainen. Mittareista ja niiden pisteytyksistä on kehitetty monia eri versioita, eikä raja-arvoja ole asetettu. Sen avulla voidaan helposti seurata toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia säännöllisten haastattelujen ja saaduissa vastauksissa ilmenneiden muutosten avulla. (THL 2015.)

Commented [A7]: mittarit olisivat tulleet esitetyksi esim taulukossakin... ei tarvi enää muuttaa

5 SALON MUISTIYHDISTYS JA PÄIVÄPAIKKA

Salon muistiyhdistys ry on Muistiliiton ja Vanhustyön keskusliiton jäsen. Yhdistys on perustettu vuonna 1990 tukemaan ja valvomaan Salon ja Someron muistisairaiden sekä heidän läheistensä oikeuksia. Raha-automaattiyhdistys tukee Salon muistiyhdistyksen erilaisia kehittämishankkeita, joilla pyritään vaikuttamaan esimerkiksi muistisairaiden kuntoutumiseen. Yhdistys ottaa vahvasti huomioon myös muistisairaana omaiset ja läheiset. Kaikille jäsenille järjestetään mahdollisuuksia osallistua virkistystoimintaan ja erilaisista aiheista pidettäviin koulutustilaisuuksiin. Yhdistys järjestää myös tilauksesta maksullisia koulutuksia esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Salon muistiyhdistyksen kotisivuilla on kattava tietopankki erilaisista muistiin vaikuttavista sairauksista. Muistiyhdistykseen omaisia ja asiakkaita kehoitetaan ottamaan yhteyttä, mikäli he tarvitsevat tietoa muistiin liittyvistä asioista tai jos he ovat huolissaan omasta tai läheisensä terveydentilasta tapahtuneista muutoksista. (Muistisalo 2016.)

Kuntouttava Päiväpaikka avattiin vuonna 1991 ja se toimii tällä hetkellä Salon keskustassa. Paikka on avoinna muistisairauksia sairastaville asiakkaille kolme kertaa viikossa. Päiväpaikan tarkoituksena on ylläpitää muistisairaana toimintakykyä ja siellä järjestetään monipuolista toimintaa jokaisen asiakkaan omien voimavarojen mukaisesti. Päiväpaikan tavoitteina on ylläpitää yksilön toimintakykyä ja mahdollisesti myös parantaa sitä. Toimintakyvyn ylläpitoa tuetaan toiminnallisesti esimerkiksi askarrellen, puutarhan hoidon avulla, kävelylenkeillä, laulamisella ja muisteluilla. Toimintaa tehdään isommissa tai pienemmissä ryhmissä, riippuen asiakkaiden toiveista ja heidän toimintakyvystään. Kuntouttava työote näkyy arjessa yhdessä tekemisessä, eikä asiakkaiden puolesta tehdä mitään, mihin he kykenevät itse. (Muistisalo 2016.)

Päiväpaikassa asiakkaat juovat kahvia ja ruokailevat yhdessä. Toiminnallista tekemistä asiakkaille järjestetään ulkoilun, askartelun ja muiden vastaavien toimintojen muodossa. Asiakkaat tulevat Päiväpaikkaan yleensä kotihoidon ohjaamina palveluntarpeen arvioinnin jälkeen ja heidän katsotaan hyötyvän päivätoiminnasta toimintakyvyn ylläpitoa ajatellen. Toiminnalla on myös tärkeä tehtävä asiakkaan hoitoon osallistuvien omaisten kuormituksen vähentämisessä. Asiakkaille on mahdollisuus viettää koko päivä päiväpaikassa. Päiväpaikassa vietetyt päivät ovat monen muistisairaana ainoat kodin ulkopuolella tapahtuvat sosiaaliset tapahtumat ja ihmisen käytöksessä ja toimintakyvyssä voi olla suuriakin eroja verrattuna kotona havaittuun toimintaan.

Päiväpaikan ohjaajat tekevät asiakkaidensa toimintakyvystä havaintoja, mutta heiltä on puuttunut sopiva työväline niiden tekemisen ja kirjaamiseen. Päiväpaikan ohjaajat ovat käyttäneet asiakkaiden toimintakyvyn ja muistin testaukseen MMSE-testiä, mutta he ovat havainneet tämän turhaksi, koska myös kotihoito tekee testin samoille asiakkaille. MMSE-testi tarvitsee myös rauhallisen ja keskeytymättömän ympäristön. Päiväpaikan tilat ja ympäristö eivät tue tätä, joten testin tulokset saattavat olla epäluotettavia. Asiakkaille tehdään toimintakykyä tai muistia arvioivia testejä esimerkiksi kotihoidon tai mui-
tihoitajan toimesta. Samojen testien tekeminen päivätoiminnassa ei ole tarkoituksenmu-
kaista.

Kotihoidon piirissä olevalle asiakkaalle tehdään aina hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan hänen nykyinen toimintakykynsä, avun tarve ja toteutus. Salon kaupunki huolehtii ikääntyneiden ja muistisairaiden asiakkaidensa päivätoiminnasta ostopalveluna, joka myönnetään tarpeen mukaan. Päivätoiminnan järjestäjä on sitoutunut raportoimaan kotihoidon asiakkaita koskevasta toimintakyvystä ja siinä tapahtuvista muutoksista koti-
hoidolle kaksi kertaa vuodessa. (Sundell, Niinistö & Vähäkangas 2016). Päivätoiminnan tekemille havainnoille asiakkaan toimintakyvystä on oma kohta hoito- ja palvelusuunni-
telmassa. Uudessa vuonna 2013 voimaan tulleessa vanhuspalvelulaissa kuntien tulee huolehtia ikääntyneiden asukkaidensa hyvinvoinnista ja tuottaa riittävästi toimintakykyä
tukevia palveluita. Ikääntyneen palveluntarve tulee selvittää ja hänelle on tehtävä asian-
mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Virnes 2013, 1.)

6 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

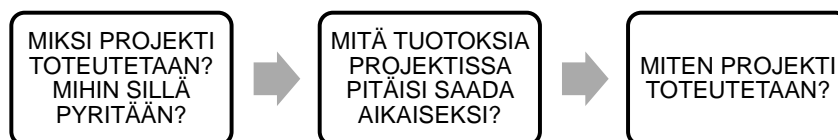
Opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää Salon muistiyhdistyksen Päiväpaikalle työväline muistisairaan toimintakyvyn havainnointiin. Tavoitteena on parantaa muistisairaiden toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seurantaa ja raportointia.

Commented [A8]: parantaa?

7 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Toimeksianto (liite 1) tähän opinnäytetyöhön tuli Salon muistiyhdistys ry:ltä, joka pitää päivätoimintaa muistisairaille vanhuksille. Päiväpaikan ohjaajilla ei ole ollut mahdollisuutta dokumentoida asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuneita havaittuja muutoksia, vaan tiedot ovat olleet ohjaajien muistissa. Ohjaajat kokivat tarvitsevänsä omaan käyttöön sopivan työvälineen, joka helpottaa dokumentointia ja muutosten seurantaa.

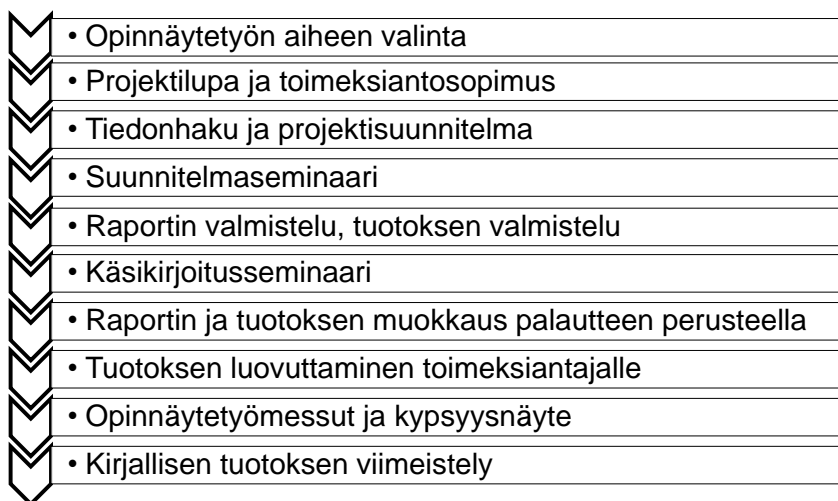
Ammattikorkeakouluista valmistuu työelämää varten käytännön asiantuntijoita ja opinnäytetyö syventää ammatillista osaamista sekä tuottaa tarpeellista tietoa työpaikoille. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön tarvitaan teoriataustaista tutkimusta ja on tärkeää rajata työtä tarvittavan teorian tarkastelun mahdollistamiseksi. (Halonen & Heikka 2008, 3–4.) Hanke eli projekti on kestoltaan rajattu kertaluontoinen työ, jolla on suunnitelma ja tavoitteet sekä lopputulos. Projektisuunnitelmaa ohjaa kolme kysymystä, joihin tulisi pohtia vastaukset suunnitelmaa laadittaessa (kuvio 3). Suunnittelussa on tarpeellista pohtia myös esimerkiksi projektin tavoitteita, miten tavoitteiden saavuttamista mitataan, millainen tuotoksen tulee olla, jotta tavoitteet voidaan saavuttaa, ketkä ottavat vastuun projektin toteuttamisesta ja missä aikataulussa projekti toteutetaan. (Silfverberg 2007, 6, 36.)



Kuvio 3 Projektisuunnitelman rakenne (soveltaen Silfverberg 2007, 36)

Toiminnallisessa projektissa keskeisessä osassa on tarvelähtöinen tuotettu produkti eli tuotos ja työssä on keskitytty osien yhteensopivuuteen sekä työn kokonaisuuteen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82–83). Tarvelähtöisyyden lähtökohtina ovat osallistujien kokemat ongelmat, tai uudet mahdollisuudet ja se perustuu kehityksen esteiden löytämiseen sekä niiden ratkaisemiseen eri vaihtoehtojen kautta (Silfverberg 2013, 6). Tämä työ on muodoltaan toiminnallinen projekti ja sen kehittämistehtävänä on tuottaa kirjallinen ja sähköinen työväline.

Projektin tavoitteellisuus tarkoittaa suunnitelman pohjautumista realistisiin tavoitteisiin. Projektin toteuttamiseen osallistuvien tulee olla mukana projektin suunnittelussa ja päätösten teossa alusta alkaen, jotta voidaan varmistaa tarpeiden ja mahdollisuuksien huomioon ottaminen. Kaikkien tahojen osallistuminen tasapuolisesti auttaa projektiin sitoutumista ja vahvistaa omistajuutta. Projektia voidaan myös tarkastella oppimisen kautta. Tarkemmat työsuunnitelmat tulee laatia projektin toteutusta suunniteltaessa. (kuvio 4) (Silfverberg 2013, 6, 8–9.) Projektin aikana tämän opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantajan edustajat ovat olleet yhteydessä toisiinsa tapaamisien kautta, puhelimitse ja sähköpostitse.



Kuvio 4 Projektin työsuunnitelma

Opinnäytetyön aihetta valittaessa tulisi ottaa huomioon opiskelijan kiinnostus aihealueeseen, mahdolliset toteutustavat, ajankohtaisuus ja aineiston saatavuus. (Vilka & Airaksinen 2003.) Aihealueen valintaan liittyi vahvasti tekijän työskentely muistisairaiden vanhuksien parissa ja opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö. Aiheeseen liittyvät muistisairaudet ja sairastuneiden toimintakyky ovat hyvin ajankohtainen aihe, koska väestö ikääntyy ja muistisairaiden toimintakyvyn tukemiseen täytyy tulevaisuudessa panostaa, jotta voidaan mahdollistaa vanhuksen selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään. Tutkimuksia, kirjallisuutta ja aineistoa toimintakyvystä sekä muistisairauksista on runsaasti saatavilla.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelijat käyttävät erilaisia tutkimusmetodeja ja opiskelijoiden asenne on tutkimuksellinen. Tutkimukselliseen asenteeseen kuuluvat taustatiedon kartoittaminen, tiedonhankinta ja järjestelmällinen tiedon kokoaminen. Näiden lopputuloksena kokonaisuus esitetään kirjallisessa muodossa, tuotoksena tai niiden yhdistelmänä. (Vilka 2009, 17.) Tämän opinnäytetyön ensimmäisenä tehtävänä koettiin tärkeäksi saada tietoa muistisairauksista, toimintakyvystä ja niiden yhteisvaikutuksista sekä toimintakyvyn arvioinnista. Tietopohjaa lähdettiin kokoamaan etsimällä tutkimuksia ja kirjallisuutta aiheesta. Tässä työssä kaikki tutkimukset ovat koottuina erilliseen taulukkoon (LIITE 2) ja ulkomaalaiset artikkelit omaan taulukkoonsa (LIITE 3). Tiedonhaun avulla opinnäytetyön tekijä syvensi tietojaan muistisairauksista ja ikääntyvien toimintakyvystä.

Tiedonhaun alussa lähdettiin etsimään tietoa toimintakyvyn arvioinnista. Työskentelyssä perehdyttiin kansainvälisesti käytössä oleviin toimintakyvyn mittareihin ja testeihin. Tietoa keskityttiin keräämään Suomessa käytössä olevista mittareista. Projektin kirjalliseen tuotokseen haluttiin sisällyttää tietoa muistisairauksista yleisellä tasolla ja avata käsitettä ”toimintakyky”. Toimintakyvystä löytyi hyvin paljon yleistä tietoa ja tiedonhaussa haluttiin huomioida myös toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia muistisairaana näkökulmasta. Päiväpaikan asiakkaita yhdistää muistisairaus, jonka takia oli tärkeää saada tietoa myös Suomessa yleisimmin esiintyvistä muistisairauksista. Vaikka alkoholidementia ei suoranaisesti kuulu vielä yleisimpiin dementoiviin sairauksiin, haluttiin se mainita siihen sairastuneiden määrän kasvun vuoksi.

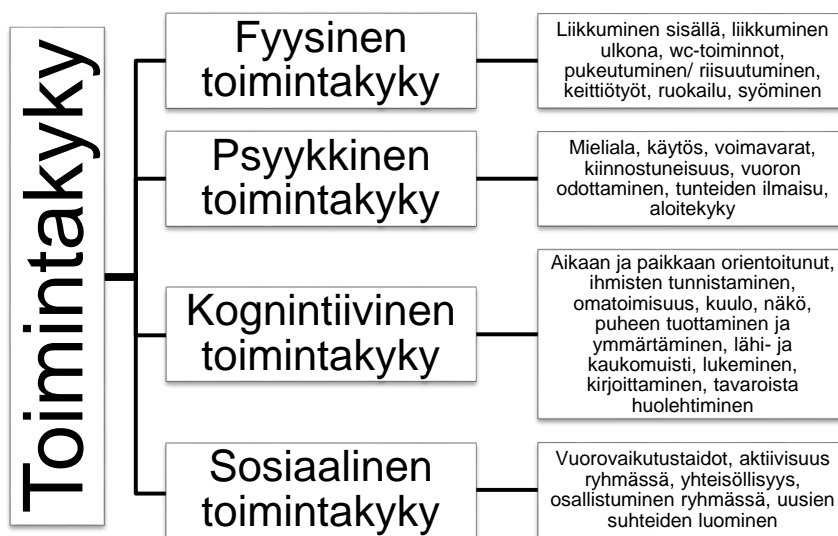
Tutkimuksia muistista, sen testaamisesta, toimintakyvystä ja ikääntymisestä etsittiin hakuportaali Cinahlista ja Academicista. Google Scholarin hakua käyttämällä löytyy laajasti tutkimustietoa vanhusten toimintakyvystä ja haku oli mahdollista rajata koskemaan vain suomalaisia tutkimuksia. Muistisairauksista, gerontologiasta, ikääntyvien toimintakyvystä ja sen mittaamisesta löytyy myös runsaasti suomalaista kirjallisuutta. Ruotsinkielisiä artikkeleita ja tutkimuksia löytyi Google Scholarin kautta yhdistelemällä eri sanoja kuten esimerkiksi demensjukdom, kognitiv, funktion, äldre, ja minnessjukdom (LIITE 3).

Rajaaminen on useimmiten aloitettava pohtimalla, mitä halutaan tietää ja kertoa. Teorian rajausta joudutaan usein tarkentamaan sekä joskus myös suuntaamaan uudestaan

Commented [A9]: liite takaa tiedonkeruusta? Viittaus siihen tähän kohtaan

tiedon keruun yhteydessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 81.) Toimeksianto helppotti tiedonhaun rajaamista tämän työn osalta, koska työvälineeseen tarvittiin tietoa vain Päiväpaikassa toimimiseen liittyvistä toiminnoista.

Ensimmäisessä tapaamisessa Päiväpaikan ohjaajien kanssa käytiin läpi heidän toiveitaan toimintakyvyn havainnoinnin osa-alueista ja sovittiin projektiin liittyvän tuotoksen yksityiskohtia ja pääpiirteet. Valmiiseen tuotokseen tulevista toimintakyvyn alueista siihen valittiin fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky. Tapaamisessa tutustuttiin Päiväpaikan toimintaan ja luotiin yleissilmäys, mitä Päiväpaikan asiakkaat päivän aikana tekevät. Kaikista päivittäisistä toiminnoista ei voida tehdä havaintoja Päiväpaikassa, kuten esimerkiksi peseytymisestä, joten toimintakyvyn eri osa-alueista (kuvio 5) haluttiin havainnoinnin kohteiksi ne toiminnot, jotka liittyvät juuri Päiväpaikassa toimimiseen. Ympäristötekijöiden vaikutus jätettiin alusta alkaen pois tuotoksesta, koska ympäristössä on toimintakyvyn näkökulmasta kyse ihmisen kotiympäristöstä.



Kuvio 5 Työvälineeseen valitut toimintakyvyn osa-alueet (kappale 3)

Commented [A10]: sen lisäksi että ovat keskeisiä päiväpaikassa niin mikä teoria tukee nimenomaa näitä valintoja?

Tieteellisen **havainnoinnin** perustana voidaan pitää arkielämässä tapahtuvaa havainnointia ja havainnointitapaa. Tieteellisen havainnoinnin katsotaan kuitenkin olevan kriittisempää, suunnitellumpaa ja järjestelmällisempää kuin arkielämän havainnointi. Havainnointitavat voidaan luokitella tarkkailevaan havainnointiin, osallistuvaan havainnointiin, aktivoivaan osallistuvaan havainnointiin, kokemalla oppimiseen ja piilohavainnointiin (Vilkkä 2006, 2, 37–38.) Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan havainnoinnilla osallistuvaa havainnointia ohjaajan ja asiakkaan välillä. Osallistuva havainnointi perustuu vuorovaikutukselliseen havaintojen tekemiseen kahden osapuolen välillä tavallisessa sosiaalisessa ympäristössä (Grönfors & Vilkkä 2011, 52).

Lukijat näkevät ensimmäisenä työn nimen ja päättävät sen jälkeen jatkavatko he työn lukemista. Nimen tulee olla kiinnostava, mutta samaan aikaan antaa tietoa työn sisällöstä. Nimen ei kuitenkaan ole tarkoitus antaa liikaa informaatiota, koska työn keskeiset tiedot löytyvät tiivistelmästä. (Hirsjärvi ym. 2009, 317.) Tuotoksen hahmottelussa alusta alkaen pohdintaa aiheutti sopivan nimen löytäminen tuotokselle. Ensimmäinen ajatus tuotoksen nimeksi oli ”Toimintakymmittari” johtuen ajatuksesta luoda kokonaan uusi mittari, mutta tästä ajatuksesta luovuttiin nopeasti opinnäytetyön tiukan aikataulun vuoksi. Kokonaan uuden mittarin kehittäminen ja testaaminen kestää yleensä vuosia. Tuotoksesta käytettiin alun jälkeen nimeä ”apuväline” ja myös ”työkalu” nimeä harkittiin. Myöhemmin tuotoksen nimi vaihdettiin työvälineeksi, koska apuvälineeseen yhdistetään yleisesti erilaiset ihmisten käyttämät liikuntarajotteisuuden apuvälineet. Tuotos tulee terveysalan ammattilaisten käyttöön heidän työpaikalleen, joten työväline nimenä kuvastaa tuotosta parhaiten.

Projektin lopullinen toteutuspa pitäisi aina löytyä eri vaihtoehtojen hyötyjen ja riskien vertailun kautta. Alustavasti suunnitelmassa voi olla yksi toteutusmalli, mutta myös sen riskit ovat kartoitettava ennen toteutusta, koska samaan aikaan ei kyetä kriittisesti tarkastelemaan sekä ideoita, ratkaisuja että niiden riskejä. (Silfverberg 2013, 32.) Opinnäytetyön raporttia varten kerätty materiaali erilaisista mittareista ja testeistä auttoi vertailemaan eri mahdollisuuksia tuotoksen toteuttamista varten. Työvälinettä varten selvitettiin mahdollisuuksia hyödyntää erilaisia jo olemassa olevia web-pohjaisia kyselyjä, mutta niiden tarjoamat ratkaisut eivät sopineet tämän työn tuotoksen tarkoituksiin. Helppokäyttöisyyden ja toimivuuden takia päädyttiin tekemään työväline Microsoftin Excel taulukkopohjalla ja sen ulkomuotoa pohdittiin tutkimalla olemassa olevia toimintakyvyn mittareita sekä vertailemalla niiden rakennetta.

Työvälineen rakenne (liite 4) muodostettiin tekstiosuudesta, pisteytykseen tarvittavasta taulukosta ja kaaviosta. Työvälineeseen haluttiin saada asiakkaan nimi, syntymäaika ja hänen käytössään olevat apuvälineet sekä päivämäärä. Päiväpaikan ohjaajien toiveena oli, että työvälineeseen mahtuu havainnoinnit useammasta kuin yhdestä kerrasta ja Excel-pohjalle se oli mahdollista toteuttaa. Havainnointia Päiväpaikassa voidaan nyt tehdä kolmen kuukauden välein käyttäen samaa alustaa, jolloin aikaisempia tuloksia ei tarvitse erikseen etsiä mistään.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy kaksi prosessia, jossa myös työn tuotos sisältää tekstiä. **Tuotoksen tekstin** tulee sopia kohderyhmälle ja sen tyyli tulee myös valita tuotokseen sopivaksi. (Vilka & Airaksinen 2004, 129.) Excel-pohjaan luodun työvälineen fontiksi valittiin yleisesti lomakkeissa ja julkaisuissa käytetty Arial ja fontin kooksi 11 selkeyden vuoksi. Tekstissä otettiin huomioon asiallinen tyyli ja siitä muokattiin mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs. Työvälineeseen tarvittiin paljon asiaa pieneen tilaan, jotta itse havainnointiin voitaisiin käyttää yhtä paperia ja tarvittaessa katsoa pisteytykseen liittyvää ohjeistusta toisesta paperista. Paperien kooksi valittiin A4 (210 mm x 297 mm), joka on yleisesti käytetty asiakirjan koko.

Opinnäytetyön tekijälle annettiin mahdollisuus suunnitella itse koko kokonaisuus koskien työvälineen väritystä, tekstiä ja kuvien käyttöä. Tuotokseen ei lisätty kuvia tai muuta ylimääräistä materiaalia, jotta sen käyttö olisi mahdollisimman selkeää ja oikeat asiat löytyisivät helposti.

Sähköiseen versioon tuli kaksi sivua toimintakyvyn muutoksia mittaavia kaaviota ja koska jokaiselle osa-alueelle on oma kaavionsa, on kaavioita yhteensä viisi. Kaavioksi valittiin viivakaavio, joka piirtää viivan asiakkaan saamien pisteiden mukaan ja viiva jatkuu seuraavalla kerralla, kun pisteet syötetään taas taulukkoon. Tuloksena on kaavion piirtämä yhtenäinen viiva, josta on helppo nähdä muutokset, joko yksittäisissä toimintakyvyn osa-alueissa tai toimintakyvyn kokonaiskuvassa. Kaavioiden alareunassa olevaan kaavioalueeseen tulee samat päivämäärät, kuin itse taulukkoon ohjaajan syöttämän merkinnän jälkeen. Kunkin kaavion vasemmassa reunassa on numeroin merkityt pisteet nousevassa järjestyksessä ja viiden pisteen välein tilan säästämiseksi. Ylin numero merkitsee korkeinta mahdollista pistemäärää kyseiseltä toimintakyvyn osa-alueelta.

Toimintakyvyn ja muistin arvioimiseksi käytettävissä testeissä ja mittareissa on yleensä käytössä **pisteytysjärjestelmä**, jonka avulla voidaan kuvata arvioinnin kohteena olevan henkilön suoritusastoa. Sanallinen arviointi tuottaa vaikeuksia, koska Suomessa ei ole

yhteistä luokitusta sanallisen arvioinnin tueksi ja näin ollen tulokset saatetaan esittää eri tavoin. Pelkkä sanallinen arviointi testin tai mittarin eri osioista voi myös antaa virheellisen tiedon henkilön koko toimintakyvystä. (Haavisto, Kaakinen, Kivioja ym. 2004, 1.) Toimintakyvyn arvioinnista saatuja tuloksia voidaan vertailla pistemäärään, jonka alle jäänyt tulos tarkoittaa heikentynyttä toimintakykyä. Niistä voidaan myös erottaa yksilöllisiä ongelma-alueita, joihin voidaan paneutua tarkemmin. Arvioinnin tapahtuessa uudestaan on suositeltavaa käyttää samoja menetelmiä, joka selkeyttää muutoksien näkemistä toimintakyvyssä. (Karppi & Nuotio 2008, 27.)

Työvälineessä käytettävän pisteytyksen osalta päädyttiin käyttämään asteikkoa yhdestä viiteen. Vaihtoehtoina harkittiin pelkkiä kyllä- tai ei-vastauksia tai pisteytystä yhdestä kolmeen. Jälkimmäiset antavat liian suppean näkemyksen tehdyistä havainnoista koskien muistisairaana toimintakykyä ja laajemmalla skaalalla muutokset tulevat helpommin näkyviin, jolloin voidaan helpommin eritellä, minkä toimintakyvyn käsitteen alla muutoksia tapahtuu. Excel-pohja mahdollistaa pisteiden yhteenlaskun ja toimeksiantaja toivoi, että jokaisen toimintakyvyn osion sekä kaikkien osioiden pisteet kyetään laskemaan yhteen ja myös eritellä. Pisteytyksellä yhden pisteen tulokset tarkoittavat kehittämisen tarvetta tai toimintakyvyssä olevaa heikkoutta ja viisi pistettä kuvaa jäljellä olevaa toimintakykyä ja vahvuuksia.

Itse havainnointiin tarkoitetun osion jälkeen työvälineeseen muotoiltiin erillinen sivu ohjeistukselle, jonka tarkoituksena on selkeyttää pisteytystä. Ohjeistukseen valittiin kaikki samat osa-alueet kuin havainnointiinkin ja jokaisen alueen jälkeen laadittiin selvennys, mitä milläkin toimintakyvyn alueella työvälineessä tarkoitetaan. Ohjeistuksesta muotoiltiin mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs sekä sisällöltään helppolukuinen. (LIITE 4) Ohjeistuksen avulla pisteytyksen perusteet ovat kaikille havainnoiteja tekeville samat, jolloin pisteytys ja tulokset muodostuvat samojen vaatimusten mukaan, riippumatta siitä, kuka havainnointia suorittaa.

Potilastiedot, potilaskertomus ja kaikki hoitoon tai sen toteuttamiseen liittyvät asiakirjat kuuluvat potilasasiakirjoihin. Potilaan tai hänen laillisen edustajansa tulee antaa kirjallinen lupa tietojen sekä asiakirjojen luovutukseen. Suullinen suostumus tietojen luovutukseen on riittävä, jos tiedot luovutetaan terveydenhuollon ammattihenkilölle tai terveydenhuollon toimintayksikölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15, 81, 83.) Työväline ei ole potilasasiakirja, mutta siihen tulee muistisairaana nimi sekä syntymäaika. Tietoja on tarkoitus käyttää esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Työvälineeseen lisättiin kohta, johon voidaan rastiittamalla kirjata Päiväpaikan asiakkaan lupa luovuttaa tietoja

Commented [A11]: viittää tekstissä liite lopussa jossakin kohtaa: Mittari

muulle hoitavalle taholle. Rasti laitetaan asiakkaalle annetun suullisen informaation jälkeen ja informaatioissa selvennetään luovutuksen tarkoitus sekä mihin tietoja voidaan luovuttaa.

Päiväpaikan ohjaajilla oli toiveena työvälineseen laitettava erillinen kohta huomiota varten. Huomioita kohtaan voidaan lisätä selitys, jos esimerkiksi havainnointitilanteeseen on vaikuttanut jokin muu asia, kuten esimerkiksi huonosti nukuttu yö. Silloin toimintakäytännössä tapahtunut heikentyminen voi olla hetkellistä.

Työvälineseestä tehtiin kaksi versiota, joista toinen on yksinkertaisempi paperiversio ja toinen tietokoneella käytettävä versio. Paperiversioon päiväpaikan ohjaajat voivat tehdä merkintöjä havainnoinnistaan työskentelyn ja ohjauksen lomassa, jonka jälkeen he voivat viedä tiedot tietokoneella olevaan taulukkopohjaan. Tietokoneella olevan taulukkopohjan kanssa on mahdollista laskea havainnoinnista saadut pisteet yhteen sekä seurata toimintakäytännössä tapahtuvia muutoksia ohjelman piirtämästä kaaviosta. Taulukkopohja on lukittu, jotta sen sisältöä ei pääse vahingossa muuttamaan.

Työn aikana oltiin yhteydessä toimeksiantajaan ja Päiväpaikan ohjaajiin sähköpostitse esittäen tarkentavia kysymyksiä. Ensimmäisen koetuotoksen valmistuttua, keskustelu toimeksiantajan kanssa aiheutti muutoksia tuotokseen. Työvälineseen lisättiin sosiaalinen toimintakäytännöksi, koska Päiväpaikan asiakkaat toimivat suurimman osan ajasta ryhmässä. Psyykkisen toimintakäytännön havaintojen kohdalla ongelmaksi muodostui psyykkisen toimintakäytännön osa-alueiden negatiivisuus, kuten itkuisuus tai käytösongelmat, jolloin pisteytyksen olisi pitänyt olla päinvastainen. Negatiivisuus käänsi pisteytyksen väärin päin, jolloin esimerkiksi matalasta mielialasta olisi saanut korkeimmat pisteet ja silloin tuloksesta olisi tullut erilainen muihin osa-alueisiin verrattuna. Toiveita esitettiin myös päivämäärien siirtymisestä automaattisesti myös viivakaavioihin suoraan taulukosta. Näihin kohtiin tehtiin tarvittavat muutokset ja työväline lähetettiin uudelleen testattavaksi Päiväpaikkaan.

Palautekeskustelussa Päiväpaikan ohjaajien kanssa käytiin läpi työvälineseen sisältöä ja sen soveltuvuutta heidän käyttöönsä. Havainnoinnin kohteina olevien osa-alueiden sisältöön ei tarvinnut tehdä muutoksia, koska ne palvelevat heidän tarkoitustaan. Päiväpaikan ohjaajien kanssa käytiin läpi yksityiskohtaisesti psyykkiseen toimintakäytännöön liittyviä käsitteitä, koska niihin oli tehty muutoksia edellisen palautteen perusteella. Havainnoinnin perusteella muistisairaalan toimintakäytännössä tapahtuneista muutoksista on tarkoi-

tus tiedottaa kotihoitoa säännöllisesti ja asiasta keskusteltiin myös tapaamisessa. Työväline ei ole tuttu kotihoidolle, joten pelkkä pisteiden kertominen ei avaa riittävästi tapahtuneita muutoksia, tai kerro jäljellä olevasta toimintakyvystä. Tämän tuloksena työvälineen loppuun päätettiin lisätä sivu vapaamuotoista kirjoitusta varten, jossa voidaan tarvittaessa avata työvälineeseen kirjattuja muutoksia sanallisesti ja näin tiedot on helpompi antaa kotihoidon työntekijöille puhelimitse tai paperiversiona.

Testauksen tarkoituksena on löytää ja ehkäistä mahdollisia virheitä, lisätä luotettavuutta sekä käyttömukavuutta ja helpottaa kehittämistä. Jos työ perustuu pelkästään luotettavuuden näkökulmaan, on riskinä synnyttää tuotos, joka pohjautuu toimeksiantajan toiveisiin, mutta mikä ei kuitenkaan ole toimiva. Laadullisessa näkökulmassa tarkastellaan työn toimivuutta, toimeksiantajan toiveiden toteutumista ja laatuvaatimuksia. (Strandberg 2013, 5–6.) Puolen vuoden jälkeen työväline on ollut aktiivisessa käytössä ja sen on koettu palvelevan erittäin hyvin tarkoitustaan. Viimeisessä palautekeskustelussa ei koettu tarvetta muutoksiin ja ohjaajat olivat saaneet ulkopuolelta positiivista palautetta työvälineen selkeydestä ja helppokäyttöisyydestä. Työvälineen kanssa päiväpaikan ohjaajat pystyvät antamaan kotihoidon tai vammaispalvelun asiakkaiden toimintakykyyn liittyviä tietoja nopeasti ja selkeästi paperilla tai tarvittaessa puhelimitse. Potilastietojärjestelmä Efficään kirjataan nyt ajantasaista ja tuoretta tietoa päiväpaikan asiakkaan toimintakyvystä, jolloin se on muiden hoitoon osallistuvien tahojen saatavilla. Päiväpaikan ohjaajien mukaan työväline on selkeyttänyt ja helpottanut tietojen keräämistä ja asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seuranta huomattavasti.

Arviointi tarkoittaa eri asiaa kuin arvostelu. Arviointi perustuu ohjaukseen, kannustukseen, kehittämiseen ja se on asiallista sekä sen tavoitteena on kehittää osaamista. Kehityksen lähtökohtana voidaan pitää **palautteen** saamista ja arviointi selkeyttää saavutusten näkemistä. (Rytönen 2013, 3–4.) Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen arviointivaiheessa sitä arvioidaan yhdessä osallistujien kesken ja sen työstämistä jatketaan tai sitä voidaan siirtää viimeistelemään (Salonen 2012, 18). Opinnäytetyön tuotoksena kehitetystä työvälineestä palautetta on saatu toimeksiantajalta sekä sähköpostitse, että suoraan henkilökohtaisissa keskusteluissa. Palautteen avulla opinnäytetyön tekijä on kyennyt tarkastelemaan työvälineen toimivuutta käytännön näkökulmasta ja tekemään siihen toimivuuden kannalta oleellisia muutoksia. Toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista raportoidaan kotihoidolle, vammaispalveluille ja tarvittaessa voidaan myös raportoida asiakkaan toimintakyvystä omaishoitajille.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka pitää sisällään järjestelmällisen arvioinnin inhimillisistä arvoista ja toiminnasta sekä niihin liittyvistä motiiveista. Eettisen toiminnan voidaan katsoa hakevan selitystä, miksi joku toimii niin kuin toimii, tai miksi valitaan juuri nämä arvot. Voidaan sanoa, että etiikka käsittää ne normit ja arvot, jotka ovat meidän kulttuurimme hyväksymät. (Herméren & Lynöe 2008, 9.)

Prosessinomaista jatkuvaa keskustelua voidaan nimittää reflektoivaksi dialogiksi. Sillä ei haluta päästä ennalta määrättyyn lopputulokseen tai ratkaisuun vaan tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja kasvattaa moraalista herkkyyttä. Lopputuloksena kyetään tiedostamaan eettisten taitojen puutteita sekä eettisyyteen liittyviä voimavaroja. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2009, 191.) Opinnäytetyön tekijä on pohtinut eettisyyttä muistisairaana vanhuksen näkökulmasta. Tiedonhaun yhteydessä törmättiin käsitteisiin, joista seurasi eettisyyteen liittyvää pohdintaa, kuten hyvä vanhuus, ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Muistisairaus pahimmillaan heikentää ihmisen toimintakykyä ja on tärkeää löytää yksilöllisiä tukitoimia jokaiselle sairastuneelle. Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoitteina voidaan pitää terveyden edistämistä, ammattilaisten osaamisen ja tiedon lisäämistä, palvelujen kehittämistä sekä moniammatillisen yhteistyön parantamista. Toimintakyvyn arviointi ja havainnointi antavat mahdollisuuksia kuntoutumisen yksilölliseen suunnitteluun, elämän laadun paranemiseen sekä jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämiseen. Kaikki edellä mainitut liittyvät vahvasti eettisesti hyviin käytäntöihin ja hoitamiseen.

Opinnäytetyötä ajatellen voidaan mainita eettisiä ongelmakohtia, kuten plagiointi ja vilppi sekä eettiset näkemykset koskien tiedonkeruuta, tiedon analysointia, tietojen esittelyä ja empiiristä toteutusta. (Nikku 2012, 10.) Hyvän tieteellisen käytännön periaatteet on määritellyt ETENE:n (valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta) toimesta. Ne perustuvat huolellisuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen tutkimustyön eri vaiheissa. Tutkimuksen tietolähteet pitää pyrkiä valitsemaan siten, että tarkastellaan aluksi, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. (Leino- Kilpi & Välimäki 2009, 365–366.) Tätä opinnäytetyötä tehdessä on toimittu hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyössä on käytetty lähteitä ja käsitelty tietoa huolellisesti sekä vähättele-mättä alkuperäisen lähteen kirjoittajaa tai tutkijaa.

Nikkun (2012) tekemän tutkimuksen mukaan opiskelijat yleensä ymmärtävät, mitä tietoja ja millä tavalla tietoja voidaan kirjallisessa työssä esittää. Tutkimuksen mukaan vilppiä ja

plagiointia esiintyy usein. (Nikku 2012, 11.) Tämän opinnäytetyön tekijä on alusta asti ollut tietoinen ammattikorkeakoulun käyttämästä Urkund, plagiaatintunnistusjärjestelmästä, johon lähetetään kaikki opinnäytetyöt niiden valmistuttua. Opintojen alusta alkaen on ollut selvää, että toisen tekstin kopioiminen ilman viittausta lainauksesta on vilpillistä toimintaa.

Keskeinen opinnäytetyön eettisyyteen liittyvä kysymys liittyy vastuuseen. Ammattikorkean vastuulla on järjestää mahdollisuudet ja ohjaus opinnäytetyön tekemiseen. Ohjaajan tulee tukea, ohjata, kannustaa, kritisoida ja hyväksyä työ seminaaria varten. Opiskelijan vastuulla on työn jatkuvuus, luotettavien tietojen etsiminen, lähteiden oikea referointi ja valmistaa ohjeiden sekä prosessin mukainen työ. (Nikku 2012, 17.) Tämän työn kohdalla on toimittu vastuullisesti huolehtien, että työ on edennyt aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön tekemisessä on otettu huomioon annetut päivämäärät koskien suunnitelmaseminaaria sekä käsikirjoitusseminaaria ja työ on valmisteltu niin, että sitä on voitu käsitellä edellä mainituissa seminaareissa. Opiskelija on myös tarvittaessa pyytänyt ohjausta ohjaavalta opettajalta sekä ennalta määrätyiltä opponenteilta. Palaute on otettu vastaan rakentavana ja huomioitu työtä tehdessä. Lähteiden merkitsemiseen on kiinnitetty huomiota ja ne on merkitty annettujen kirjoitusohjeiden mukaan sekä lähteiden omien vaatimusten mukaan. Kirjallisessa tuotoksessa ei ole käytetty suoria lainauksia lainkaan, vaan on perehdytty luettuun materiaaliin ja referoitu materiaali eli kerrottu lyhyesti omin sanoin samat asiat kuin alkuperäisessä materiaalissa.

Eettinen pohdiskelu ja ammattietiikan opiskelu koetaan sairaanhoitajaopiskelijoiden taholta usein vaikeina ja monimutkaisina asioina. Ryhmätehtävät ja sovelletut tehtävät asettavat opiskelijan pohtimaan omaa näkökulmaansa eettisiin kysymyksiin sekä ottamaan huomioon muidenkin näkökulmia asioihin. (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 19.) Eettinen ajattelu sisältyy opintoihin ja näkyy kaikissa ammattikorkeakoulun opintokokonaisuuksissa. Myös sosiaali- ja terveysalalla työskennellessä joutuu usein erilaisten eettisten kysymysten eteen. Tämän työn tekeminen on kehittänyt opiskelijan kykyä reflektoida, eli peilata, eettisiä kysymyksiä koskien hänen omaa toimintaansa ja työtään. Alusta asti opiskelija on tiedostanut ammattietiikan kehittymisen tapahtuvan tulevaa työelämää varten.

Suurimpana projektin uhkana oli opinnäytetyön tekemiseen varatun ajan vähäisyys, joka aiheutti työmäärän lisääntymistä muun opiskelun ja työn ohessa. Toinen uhka koski tekijän suurta omistautumista työlle ja kriittistä ajattelutapaa. Työtä tehtiin aluksi parityönä, josta toinen tekijöistä siirtyi erilliseen työhön kuvaamaan työvälineen käytön ohjausta

Päiväpaikan ohjaajille. Yhteistyö ei ollut täysin ongelmaton, koska työn tekijöillä oli hyvin erilainen käsitys työn tekemisestä ja työskentelytavoista. Toisaalta omistautumista työlle voidaan myös katsoa ajaneen työtä eteenpäin. Kriittisyyttä taas voidaan pitää tavoitteena valmistaa hyvä tuotos ja ohjeiden sekä säästöjen mukainen kirjallinen tuotos.

Luotettavuuden voidaan katsoa sisältävän kaksi käsitettä, validiteetti ja reabiliteetti. Validi tutkimus tarkoittaa luotettavaa ja pätevää tutkimusta, kun taas reliabeli tutkimusten yhteydessä tarkoittaa tarkkaan mittaamiseen soveltuvaa tutkimusvälinettä. Reabiliteetistä puhutaan yleensä määrällisen tutkimuksen yhteydessä, kun taas validiteetti koskee laajemmin ja yleisemmin tutkimustyötä. Validiteetin tarkoituksena on luoda selkeä kuva mitä tutkimusmenetelmän avulla on tarkoitus selvittää ja sen kykyä saada selvitys tehtyä. (Anttila 2006, 2, 4.) Luotettavuutta lisää laadullisessa tutkimuksessa tekijän selkeä kertomus tutkimuksen toteutuksesta ja tutkimuksen vaiheisiin liittyvä tarkkuus. Tiedon tuottaminen tulisi olla selkeää ja todenmukaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Tiedon haussa ja kokoamisessa on rajattu työtä koskemaan toimintakykyä, muistisairaita ja toimintakyvyn mittaamista, jotta kirjallisesta osuudesta tulee lukijalle selkeä kokonaisuus. Tietoon perehdyttiin laajasti, joka lisää tuotoksen luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt kuvaamaan tuotettua sisältöä selkeästi ja luotettavasti. Suomessa käytettävät vanhusien toimintakykyä arvioivat mittarit ovat asiantuntijoiden tarkastamia ja havaittu luotettaviksi.

Luotettavuutta pitää arvioida perinteisten kvantitatiivisten (määrällinen) ja kvalitatiivisten (laadullinen) tutkimuksien lisäksi myös kehityshankkeiden kohdalla, joilla on käytännölliset tavoitteet. Silloin on otettava huomioon myös käytännön asettamat vaatimukset tieteen suuntautuneiden kriteerien lisäksi. Jonkin ongelman ratkaisua varten tehdyn tutkimus- tai kehityshankkeen tuloksia arvioidaan niiden käytännön toimivuuden perusteella. Ongelman ratkaisuun ja hankkeeseen liittyy aina prosessi, jonka luotettavuutta voidaan arvioida monesta näkökulmasta käsin. Hankkeen ja projektin alkuvaiheessa jo tulee pohtia, onko ongelma ratkaistavissa ja todellinen sekä onko sen ratkaisu tarpeellista. Hankkeen aikana arvioita tehdään jatkuvasti ja loppuvaiheessa tulee pohtia, onko hankkeesta tai ongelman ratkaisusta hyötyä ja voidaanko sitä hyödyntää laajemmin. Luotettavuuden näkökulmasta tietopohjaa rakennetaan ymmärrettävästi ja hankkeeseen tai ongelman ratkaisuun perustuen. (Anttila 2006, 20–22.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta pohdittiin työn suunnittelusta alkaen arvioimalla opinnäytetyön prosessia. Koska kyseessä oli ulkopuolisen tahon toimeksianto, oli tehtävänkuvauksen selkeä, tuotos tarpeellinen ja lopullinen tuotos ratkaisee työelämään sijoittuvan ongelman. Ulkopuolelta saatua

toimeksiantoa voidaan myös pitää projektin vahvuutena juuri tarpeellisuuden näkökulmasta katsoen.

Luotettavuuden voidaan myös katsoa liittyvän teoriapohjana käytettyjen materiaalien kirjoittajien tunnettavuuteen ja arvostukseen. Samojen nimien esiintyminen tutkimuksissa ja julkaisuissa tarkoittaa yleensä, että kirjoittaja on arvostettu alallaan. Kriittisyys lähteiden ikään ja alkuperään lisää työn luotettavuutta. Lähteiden tulisi aina olla mahdollisimman tuoreita tutkimustiedon nopean muuttumisen vuoksi. Lähteissä on suositeltavaa käyttää vain alkuperäisiä lähteitä, koska tieto on saattanut muuttua moninkertaisen lainauksen ja tulkinnan takia. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Projektin kirjallisessa osuudessa tietoperusta koostuu luotettavista lähteistä haettuihin materiaaliin ja siinä on käytetty tutkimustietoa useista eri maista. Työn luotettavuutta lisää pyrkimys englanninkielisten tutkimusten huolelliseen kääntämiseen ja tekijän hyvä ruotsinkielentaito. Kotimaisissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa esiintyi usein samoja nimiä, jotka ovat alansa asiantuntijoita. Lähdekriittisyys on ollut työssä alusta alkaen itsestäänselvyys ja työn teoriaosuudessa on käytetty vain ensisijaisia lähteitä.

Toiminnan kehittämiseen suunnatun työn tarkoituksena on kehittää toimintaa jollain tavalla. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen luotettavuutta lisää osapuolten yhdessä sopimat tavoitteet ja keinot päästä tavoitteisiin. (Kuula 2006, 94). Toimeksiannon jälkeen opinnäytetyön tuotosta lähdettiin rakentamaan toimeksiantajan kanssa yhteisesti sovitujen tavoitteiden pohjalta. Projektin aikana työn tekijä on tehnyt yhteistyötä toimeksiantajan kanssa, joka osaltaan lisää työn luotettavuutta, koska sen tekemisessä on otettu huomioon toimeksiantajan toiveet ja tarpeet.

Vahvuutena tässä projektissa voidaan pitää tekijän ammatillista tietämystä vanhusten hoidosta ja muistisairaiden toimintakyvystä sekä kiinnostuneisuus aihetta kohtaan. Opinnäytetyön tekijän samanaikaiset gerontologian opinnot antoivat tälle työlle myös lisää luotettavuutta sekä omaksuttujen hyvien tieteellisten käytäntöjen, että työn tekemiseen tarvittavien riittävien valmiuksien kautta. Kirjallinen osio ja tuotos syntyivät itsenäisen työskentelyn kautta ja molempien tekemisessä hyödynnettiin vertaisarvioinnin sekä opinnoinnin kautta saatua palautetta.

Implementointia käsitteenä voidaan katsoa monesta eri näkökulmasta ja yleisesti sen oletetaan tarkoittavan juurruttamista tai käyttöönottoa. Tässä opinnäytetyössä implementoinnilla tarkoitetaan suunnitelmallista toimintakyvyn havainnoinnin työvälineen

käyttöä ja sen käytön vakiinnuttamista toimintakyvyssä tapahtuvien muutoksien seurantaa helpottamaan Päiväpaikassa. (Pajala 2015, 5.) Tuotoksena kehitetyn työvälineen kohdalla käyttöönotolle on selkeät perusteet, jotka säädetään Salon kaupungin ja ostopäivätoiminnan yhteistyösopimuksessa, josta on selitetty tarkemmin kappaleessa viisi. Säädökset lisäävät työn luotettavuutta implementoinnin kannalta, koska raportointi kuuluu yhteistyöhön ja tuotosta on mahdollista kehittää tulevaisuudessa muuttuvien tarpeiden täyttämiseksi.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen väestön ikääntymisen ja muistisairauksien lisääntymisen myötä. Muistisairauksista on tullut uusi kansanterveydellinen ja- taloudellinen haaste yhteiskunnallemme ja tarve tutkimuksille sekä kehittämistyölle on erittäin suuri. Sosiaali -ja terveysalalla työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat laaja-alaista osaamista muistisairauden hoidossa sekä sopivia välineitä toimintakyvyn arviointiin yksilöllisen tuen ja kuntouttamisen perustaksi. Moniammatillista yhteistyötä ja kolmannen sektorin tai/ja yksityisten tarjoamien palveluiden tärkeyttä korostetaan ja niiden merkitys tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Päivätoiminnalla on tärkeä merkitys muistisairaana toimintakyvyn tukemisessa ja ylläpitämisessä. Toimeksiannon kautta tämän opinnäytetyön avulla voidaan tehdä havaintoja muistisairaana toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista, seurata muutoksia, dokumentoida ja raportoida. Se myös lisää yhteistyötä yksityisen palveluntuottajan ja kaupungin välillä, josta suurimman hyödyn saa palveluita käyttävä asiakas potilastietojärjestelmästä löytyvien ajantasaisten tietojen kautta. Tämä helpottaa asiakkaan kohtaamista yksilönä ja yksilöllisen kuntoutuksen suunnittelua sekä avuntarpeen arviointia. Opinnäytetyön tuotos erottuu vastaavanlaisista työvälineistä, koska kodin ulkopuolista muistisairaana toimintakyvyn havainnointia tukevaa työvälinettä ei ole yleisesti käytössä suomenkielisenä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mahdollisimman kattava ja toimeksiantajalle sopiva työväline muistisairaana toimintakyvyn havainnointiin. Opinnäytetyön ja sen tuotoksen toteuttamista ohjasivat kysymykset: mitä tarkoittaa käsite toimintakyky, mitkä ovat yleisimmät muistisairaudet, miten muistisairaus vaikuttaa toimintakykyyn, millä toimintakykyä voidaan arvioida, mitä alueita toimintakyvyssä voidaan havainnoida päivätoiminnassa ja miten tai millä toimintakyvyn havainnointia voidaan tukea? Teoriatiedon lisääminen toimintakyvystä, sen arvioinnista ja muistisairauksista oli ehdottoman tärkeää heti opinnäytetyön toimeksiannon jälkeen.

Toimeksiantajan asiakasryhmään kuuluvat ovat muistisairaita, joten teoriapohjaan koettiin tärkeäksi saada tietoa yleisimmistä muistisairauksista ja niiden oireista. Eri muistisairauksien oireissa on paljon samankaltaisuutta, mutta niiden esiintyminen on hyvin yksilöllistä. On kuitenkin selvää, että muistisairaus vaikuttaa laajasti sairastuneen toimintakykyyn ja selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista. Jotta toimintakykyä voidaan arvioida, tarvitaan tietoa mitä käsite toimintakyky pitää sisällään. Yleisimmin toimintakyky on jaettu

neljään osa-alueeseen; fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Tähän opinnäytetyöhön valittiin edellä mainitut osa-alueet, koska ne ovat yleisesti käytössä toimintakykyä arvioitaessa. Toimintakyvyn käsitteen määrittelyä vaikeuttaa sen monimuotoisuus ja haetun tiedon perusteella tekijälle selvisi toimintakyvyn osa-alueiden vaikutus toisiinsa, kuten esimerkiksi vaikeudet liikkumisessa voivat aiheuttaa ongelmia sosiaalisen kanssakäymisen toteuttamisessa, joka osaltaan voi lisätä alakuloisuutta.

Tiedon hakeminen vei paljon aikaa, mutta huolellisella pohjatyöllä ja tarkkuudella kirjallisen tuotoksen teoriaosuus antoi vahvan pohjan tuotokselle. Projektin kirjallista raporttia työstettiin projektin alusta alkaen. Projektisuunnitelma hiottiin vastaamaan projektin tarkoitusta ja tavoitteita. Kirjallisen osion luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen panostettiin erityisen paljon, koska monesti terveysalalla käytetään omia termejä, joiden ymmärtäminen saattaa tuottaa vaikeuksia lukijalle. Tekstistä saatiin loogisesti etenevä kokonaisuus, joka on helppolukuinen ja tekstissä on otettu huomioon erilaiset lukijat riippumatta heidän taustoistaan.

Ammatillisen kehittymisen ja oppimisen kannalta opinnäytetyö on antanut uutta tietoa toimintakyvyn eri ulottuvuuksista sekä muistisairauksien vaikutuksesta toimintakykyyn. Tuotoksen tekeminen lisäsi ennestään vähäistä tietoteknillistä osaamista laskentataulukon ja Excel ohjelman käytön opetteluun muodossa. Kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perehtyminen auttaa tulevissa opinnoissa ja on hyödyksi myös päivittäisessä työssä, jossa tietoa joudutaan etsimään koskien muun muassa juuri toimintakykyä ja muistisairauksia. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden tekeminen vahvisti taitoja kirjallisten töiden tekemisessä, josta on myös hyötyä jatko-opintoja ajatellen.

Työväline on ollut jatkuvassa käytössä puoli vuotta sen luovutuksen jälkeen. Päivätoiminnan ohjaajat ovat kokeneet sen erittäin hyödylliseksi ja sen on koettu helpottavan heidän päivittäistä työtään. Mahdollisuuksina voidaan ajatella työvälineen käyttöä muusakin ympäristössä kuin Päiväpaikassa, kuten kotihoidossa asiakkaiden toimintakyvyn havainnoinnin tukena. Opinnäytetyö antaa myös aihetta jatkotutkimuksille, koskien esimerkiksi työvälineestä saadun tiedon hyödyntämistä muistisairaana kuntoutuksen yksilöllisessä suunnittelussa ja toimintakyvyn tukemisessa. Työvälineen avulla voidaan myös suorittaa vertailua päivätoiminnan ja kotihoidon näkemyksestä asiakkaan toimintakyvystä tai siinä tapahtuvista muutoksista.

LÄHTEET

Aalten, P.; de Vugt, M.; Jaspers, N.; Jolles, J. & Verhey, F. 2005. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol 20, 523–530.

Alberta, M.; DeKosky, S.; Dickson, D.; Dubois, B.; Feldman, H.; Foxg, N.; Camst, A.; Holtzman, D.; Jagust, W.; Petersen, R.; Snyder, P.; Carillo, M.; Thies, B. & Phelps, C. 2011. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 1–10. Saatavissa myös http://www.alz.org/documents_custom/diagnostic_recommendations_mci_due_to_alz_proof.pdf.

Alhainen, K. & Rosenwall, A. 2010. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erikinjuntti, T.; Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Porvoo: Bookwell, 387–392.

Aller, E. 2013. Demenssjukdom. Karlskrona: Landstinget Blekinge. Saatavissa myös <http://ltblekinge.se/globalassets/for-varldgivar/vardprogram/psykiatrisk-varld/5---demenssjukdomar.pdf>.

Andersson, A.; Blomstrand, I.; Dahm, L.; Gustafsson, S.; Göthlin, H.; Lund, Å.; Löf, C.; Romedahl, M.; Skoglund, A.; Skoglöf, I. & Ånberg-Lindblom, A-K. 2012. Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga. Örebro: Trio tryck. Saatavissa myös https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivar/OVK/Dokument/HS_RutinerRiktlinjer2012/Kognitiv%20checklista%20ADL-bed%C3%B6mning%20mars%202012.pdf.

Andersson, A.; Johansson A-L.; Johansson, Å. & McElhinney, M. 2010. Demens och bemötande. Viitattu 16.2.2016. <http://www.falkoping.se/download/18.323235c1131f237c194800021877/1410377015469/Bilaga+27-2+Demens%20och%20bem%C3%B6tande.pdf>.

Anttila, P. 2006. Tutkivan toiminnan luotettavuuden kriteerit. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.3.2016. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_17_Luotettavuuskriteerit.pdf.

Askmark, H.; Arvidson, B.; Beermann, B.; Bergström, K.; Bylund, P.; Dizdar, N.; Forslund, L.; Holmberg, B.; Janson Lang, A.; Johnels, B.; Johansson, A.; Linder, A.; Lökk, A.; Nilsson, D.; Popek, E.; Rehnström, S.; Sydow, O.; Wachtmeister, G.; Waldenlind, E. & Widner, H. 2008. Läkemedelsbehandling vid Parkinsons sjukdom. Behandlingsrekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket. Saatavissa myös https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/rek_parkinson2008_bokm.pdf.

Banerjee, S.; Smith, S.; Lamping, D.; Harwood, R.; Foley, B.; Smith, P.; Murray, J.; Prince, M.; Levin, E.; Mann, A. & Knapp, M. 2006. Quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* vol 77, 146–148.

Beard, R. & Fox, P. 2008. Resisting social disenfranchisement: Negotiating collective identities and everyday life with memory loss. *Social Science & Medicine* vol 66, 1509–1520.

Carlsson, A.; Palo, L.; Hansson, B. & Bergbom, E. 2005. Processutveckling. Trolldäddan: Profil Communication. Saatavissa myös <http://www.vgregion.se/upload/CVU/Processguide/Kompedium%20Processutveckling%20-%2011-03-21%20.pdf>.

Chouliaras, L.; Topiwala, A.; Cristescu, T. & Ebmeier, K. 2015. Establishing the cause of memory loss in older people. *The Practitioner*; 259(1778): 15–19.

Clionsky, M. & Clionsky, E. 2011. Identifying cognitive impairment during the Annual Wellness Visit: Who can you trust?. The journal of family practise vol 60, no 11, 653–659.

Corrada, M.; Brookmeyer, R.; Paganini-Hill, A.; Berlau, D. & Kawas, C. 2010. Dementia Incidence Continues to Increase with Age in the Oldest Old The 90+ Study. Annals of Neurology vol 67, 114–121.

CSCI: Quality, Performance and Methods Directorate. 2009. Guidance for inspectors: Short Observational Framework for Inspection. University of Bradford Dementia Group. Viitattu 16.2.2016. file:///C:/Users/p%C3%A4ivi/Downloads/10%20a.%20SOFI%20Guidance%20for%20Inspectors%20(2).pdf.

Dragon, A. & Persson, M. 2013. Upplevelser i vardagen hos personer med demenssjukdom och som bor i ordinärt boende. Gävle: Repro. Saatavissa myös <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:631397/FULLTEXT01.pdf>.

Ericsson, I. 2011. Välbefinnande och demens. Aspekter på välbefinnande hos äldre personer med måttlig till svår demenssjukdom. Jönköping: School of Health Sciences. Saatavissa myös <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:436212/FULLTEXT02.pdf>.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. 3. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell.

Etgen, T.; Sander, D.; Bickel, H. & Först, H. 2011. Mild Cognitive Impairment and Dementia. The Importance of Modifiable Risk Factors. Deutsches Ärzteblatt International. Deutsches Ärzteblatt International; 108(44): 743–750.

Ford, P.; Blackburn, S.; Trust, E.; McCormack, B. & Phair, L. 2004. Nursing assessment and older people. London: Royal College of Nursing. Saatavissa myös https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78616/002310.pdf.

Forder, M. 2014. Muistisairaann fyysinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. Muistisairaann kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 107–120.

Greenberg, S. 2012. The Geriatric Depression Scale (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing. General assessment issue number 4. Viitattu 30.3.2016 <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf>.

Grönfors, M. & Vilka, H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenetelmät. Kouvola: Solver palvelut.

Haavisto, M.-L.; Kaakinen, J.; Kivioja, M.; Kuuskorpi, T.; Lipsanen, J.; Nukari, J.; Ollila, J.; Ollikainen, T. & Wikström, A. 2016. Kognitiivisten testien pistemäärien sanalliset kuvaukset. Viitattu 20.2.2016. http://www.psyli.fi/files/836/sanalliset_kuvaukset.pdf.

Hälonen, K. & Heikka, T. 2008. Kulttuurialan opinnäytetyöohje. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös file:///C:/Users/p%C3%A4ivi/Downloads/O-OHJE_KULTTUURIALA.pdf.

Hallikainen, M. 2014. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T.; Forder, M. Muistisairaann kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 45–46.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muisti, muistaminen ja muistot. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T.; Forder, M. (toim.) Muistisairaann kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 15–18.

Heikkinen, E.; Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E.; Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Gerontologia. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 278–283.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Helsinki: Edita.

Heimonen, S. 2009. Psykkinen toimintakyky. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja- alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikänsituutti, 56-64.

Helbostad, J.; Taraldsten, K. & Saltvedt, I. 2011. Demens. Teoksessa Ståhle, A. Fyss – fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stocholm: Tryck Elanders, 272–280. Saatavissa myös <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>.

Hermén, G. & Lynöe, N. 2008. Etik – en introduktion. Stockholm: Tryck Elanders. Saatavissa myös <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Jefferis, J.; Collerton, J.; Taylor, J-P.; Jagger, C.; Kingston, A.; Davies, K.; Kirkwood, T. & Clarke, M. 2012. The impact of visual impairment on Mini-Mental State Examination Scores in the Newcastle 85+ study. Oxford: Oxford University Press. Saatavissa myös <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377132/pdf/afs042.pdf>.

Juva K. Alzheimerin tauti. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 01.12.2015. Viitattu 31.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699.

Juva K. Muistihäiriö. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 01.12.2015. Viitattu 20.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706

Juva, K. & Härmä, H. 2013. Lewyn kappale – tauti. Joensuu: PunaMusta.

Jyrkämä, J. 2013. Muistisairaus, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus.

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatrien arviointi. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 15–30.

Kensinger, E. 2009. Cognition in aging and age – related disease. Boston college. Departement of psychology. Viitattu 16.2.2016. https://www2.bc.edu/elizabeth-kensinger/Kensinger_EncycloNeurosci.pdf.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Lahenkorva, E.; Svensson, B. & Wallberg, Å. 2010. Ett gott liv på äldre da'r. Bollnäs: RG-Tryck. Saatavissa myös [http://int.bollnas.se/Webred%5Cwebobjekt.nsf/attachments/Ett%20gott%20liv%20p%C3%A5%20%C3%A4ldre%20da%C2%B4r%2009-10%20-%20broschyr.pdf/\\$FILE/Ett%20gott%20liv%20p%C3%A5%20%C3%A4ldre%20da%C2%B4r%2009-10%20-%20broschyr.pdf](http://int.bollnas.se/Webred%5Cwebobjekt.nsf/attachments/Ett%20gott%20liv%20p%C3%A5%20%C3%A4ldre%20da%C2%B4r%2009-10%20-%20broschyr.pdf/$FILE/Ett%20gott%20liv%20p%C3%A5%20%C3%A4ldre%20da%C2%B4r%2009-10%20-%20broschyr.pdf).

Laitalainen, E.; Helakorpi, S. & Uutela, A. 2007. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa myös <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78493/2008b14.pdf?sequence=1>.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa myös <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/114386/Selv200708.pdf?sequence=1>.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Malakouti, S.; Fatollahi, P.; Mirabzadeh, A.; Salavati, M. & Zandi, T. 2006. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 2006 vol. 21: 588–593.

Mitchell, A.J. & Shiri-Feshki, M. 2009. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* vol 119: 252–265. Saatavissa myös https://www.researchgate.net/profile/Alex_Mitchell/publication/24034045_Rate_of_progression_of_mild_cognitive_impairment_to_dementia_-_meta-analysis_of_41_robust_inception_cohort_studies/links/546a5c900cf2397f783017a0.pdf.

Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 31.1.2016). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi/http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044)

Muistisalo. 2016. Salon muistiyhdistys ry. Viitattu 11.3.2016. <http://www.muistisalo.fi/>

Mulin, E.; Leone, E.; Dujardin, K.; Delliaux, M.; Leentjens, A.; Nobili, F.; Dessi, B.; Tible, O.; Aguñera-Ortiz, L.; Osorio, R.; Yessavage, J.; Dachevsky, D.; Verhey, F.; Cruz Jentoft, A.; Blanc, O.; Llorca, P. & Robert, P. 2011. Diagnostic criteria for apathy in clinical practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol 26: 158–165.

Mäkelä, M.; Autio, T.; Heinonen, H.; Holma, T.; Häkkinen, H.; Hänninen, T.; Pajala, S.; Sainio, P.; Schroderus, K.; Seppänen, M.; Sihvonen, S.; Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Helsinki: Terveystien- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa myös http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19/TOIMIA_suositus_toimintakyvyn_arvioinnista_iakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavien_palveluiden_yhteydessa_20131219.pdf.

Mönkäre, R. 2014. Muutoksia ihmissuhteissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä muistisairauden varhaisvaiheessa. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 67–68.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 102–103.

Nikku, N. 2012. Uppsatsetik. Linköping: University Electronic Press. Saatavissa myös <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:573610/FULLTEXT01.pdf>.

Pajala, S. 2015. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. Tampere: Juvenes Print.

Pirttilä, T. 2008. Lievä kognitiivinen heikentyminen – ennusteeltaan heterogeeninen oireyhtymä. *Duodecim* vol 124:159–66.

Pohjavirta, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen, Tunteva- opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tammerprint.

Pohjolainen, P. 2009. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja- alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinsituutti, 49–55.

Puurunen, K. 2007. Dementia. Viitattu 20.2.2016. <https://www2.uef.fi/documents/1052478/1052487/PuurunenKirsi.pdf/a9e4ac41-dc61-45ba-913f-cbed6fdc310>.

Rytkönen, T. 2013. Arviointi ja palautteen anto. Viitattu 16.2.2016. https://www.esedu.fi/download/17239_5_Arviointi_ja_palautteen_anto_-_tr.pdf.

Saarenheimo, M. 2010. Ikäihmisten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy ja psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Saatavissa myös <http://www.kuntoutus-saatio.fi/files/350/saarenheimo.pdf>.

Sainio, P.; Koskinen, S.; Sihvonen, A.-P.; Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E.; Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Gerontologia. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 50–65.

Sainsbury, A.; Seebass, G.; Bansal, A. & Young, J. 2005. Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing* vol. 34: 228–232.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes print.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiiksi- Projektin vetäjän käsikirja. Helsinki: Edita.

Smith, S. & Gove, J. 2005. Physical Changes of Aging. University of Florida.

Sokka, L.; Klemola, L. & Valta, M. 2012. Koulutuksen vaikutus RAVA arviointeihin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* vol. 4(2): 107–115.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Tampere: Juvenes Print.

Strandberg, P.-E. 2013. Software Testing "Hur svårt kan det vara!?" Viitattu 25.2.2016. <http://www.pererikstrandberg.se/blog/Software-Testing.pdf>.

Steinberg, M.; Shao, H.; Zandi, P.; Lyketsos, C.; Welsh-Bohmer, K.; Norton, M.; Breitner, J.; Steffens, D.; Tschanz, J. & Cache County Investigators. 2008. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol. 23(2): 170–177.

Sulkava, R.; Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Suomen muistiasiantuntijat. Mini-Mental State Examination -testi (MMSE) Ohjeet testin tekemiseen. Espoo: Novartis Finland.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Helsinki: Edita.

Sundell, M.; Niinistö, K. & Vähäkangas, M. 2016. Ostopalvelupäivätoiminta. Santra, Salon kaupungin intranet.

Swedish National Institute of Public Health. 2007. Healthy Ageing – A Challenge for Europe. European commissions healthy ageing project. Huskvarna: NRS Tryckeri AB. Saatavissa myös <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf>.

Ternström, M. 2014. Fysisk aktivitet. Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Viitattu 18.2.2016. <http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2012/02/fysisk-aktivitet-till-hemsidan-Marie-Ternstr%C3%B6m-Uppdaterad-maj-2014.pdf>.

THL. 2015. TOIMIA- tietokanta. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 9.2.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

Toljamo, M. & Koponen, E. 2011. Muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukeminen. Helsinki: Paintek-Pihlajamäki.

Topo, P.; Sormunen, S.; Saarikalle, K.; Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino.

Toward Optimized Practice Program. TOP. 2009. Guideline for cognitive Impairment: is this dementia? Symptoms to diagnosis. Viitattu 9.2.2016. http://www.topalbertadoctors.org/download/432/cognitive_impairment_symptoms_to_diagnosis_guideline.pdf.

Trigg, R.; Jones, R. & Skevington, S. 2007. Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life? *Age and Ageing* vol 36, 663–669.

Vataja, R. 2014. Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Teoksessa Hallikainen, M.; Mönkäre, R.; Nukari, T.; Forder, M. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell, 296–298.

Viinikka, E.; Taimi, A.; Liljeroos, T.; Lamminen, R.; Somiska, S.; Vartiainen- Gomez, T.; Ojala, M.; Viitala, A.; Törrönen, S.; Hajda, H. & Karhunen, A. 2011. ENO - Ennakoiva ohjaus työelämässä. Työelämän sosiaaliset vuorovaikutustaidot. Helsinki: WSOY.

Viljanen, M. 2016. A- kliniikkasäätiö. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 18.2.2016 <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö, ohjaajan opas. Helsinki: Tammi.

Viramo, P.; Alhainen, K.; Leppävuori, A.; Erkinjuntti, T.; Huusko, T.; Kivelä, S.; Koivisto, K.; Koponen, H.; Saarela, T.; Sulkava, R. & Vataja, R. 2013. Geriatriksen depressioasteikko (GDS). Suomen Alzheimer-tutkimusseura. Viitattu 20.4.2016. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/Geriatriksen%20depressioasteikko%20GDS.pdf>.

Virnes, E. 2013. Kunnat.net. Vanhuspalvelulaki. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa myös [file:///C:/Users/p%C3%A4ivi/Downloads/generated%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/p%C3%A4ivi/Downloads/generated%20(1).pdf).

Väyrynen, P. 2010. Käsikirja työpaikalla tapahtuvan oppimisen hyvien käytäntöjen siirtoon. Helsinki: Opetushallitus.

Wahlund, L. 2006. Regionalt vårdprogram demens. Stockholm: Medicinskt Program Arbete. Saatavissa myös http://www.demenscentrum.se/globalassets/vardprogram_pdf/06_sll_vardprogramdemens.pdf.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus Liite 1



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

KIRJALLINEN RAPORTTI

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

JULKAISTAVA OPINNÄYTETYÖRAPORTTI

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA OPISKELIJA

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

TOIMESTANTAJAN EDUSTAJALLE VARATAAN MAHDOLLISUUS TUTUSTUA OPINNÄYTETYÖRAPORTTIIN VIIMEISTÄÄN NELJÄTOISTA (14) PÄIVÄÄ ENNEN AIOTTUA JULKAISEMISTA. TOIMEKSIANTAJA ANTAA TYÖSTÄ ENNEN EDELLÄ MAINITTUA JULKAISEMISAJANKOHTAA LAUSUNNON, JOSSA VOIDAAN MÄÄRITTEÄ OPINNÄYTETYÖRAPORTTIIN MAHDOLLISESTI SISÄLTÄVÄT LIIKE- TAI AMMATTISALAISUUKSET, JOITA EI JULKAISTA.

TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJALLE VARATAAN MAHDOLLISUUS TUTUSTUA OPINNÄYTETYÖRAPORTTIIN VIIMEISTÄÄN NELJÄTOISTA (14) PÄIVÄÄ ENNEN AIOTTUA JULKAISEMISTA. TOIMEKSIANTAJA ANTAA TYÖSTÄ ENNEN EDELLÄ MAINITTUA JULKAISEMISAJANKOHTAA LAUSUNNON, JOSSA VOIDAAN MÄÄRITTEÄ OPINNÄYTETYÖRAPORTTIIN MAHDOLLISESTI SISÄLTÄVÄT LIIKE- TAI AMMATTISALAISUUKSET, JOITA EI JULKAISTA.

TULOSEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

11/2016

11/2016

Päivi Holmström

Opiskelija

Päivi Holmström

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA ☒

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Taulukko tutkimuksista Liite 2

Tekijät ja vuosi	Otsikko	Tarkoi- tus	Mene- telmä/otos	Keskeisemmät tulokset
Aalten, P.; deVugt, M.; Jaspers, N.; Jolles, J. & Verhey, F. 2005.	The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I	Neuropsykiatrisiin oireisiin liittyvien hoitokäytäntöjen kehittämisen ja tiedon lisääminen.	Kvantitatiivinen tutkimus /190	Neuropsykiatriset ongelmat ovat hyvin yleisiä ja iso ongelma muistisairailta. Käytökseen liittyvät ongelmat ovat pysyviä.
Banerjee, S.; Smith, S.; Lamping, D.; Harwood, R.; Foley, B.; Smith, P.; Murray, J.; Prince, M.; Levin, E.; Mann, A. & Knapp, M. 2006	Quality of life in dementia: more than just cognition	Selvittää muistisairaiden omia kokemuksia heidän elämänlaadustaan.	Poikkileikkaustutkimus /200	Muistisairaan kokemukset elämänlaadusta eivät ole suoraan sidoksissa fyysiseen toimintakykyyn. Käytökseen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät ongelmat vaikuttavasti elämän laadun kokemuksiin.
Beard, R. & Fox, P. 2008	Resisting social disenfranchisement: Negotiating collective identities and everyday life with memory loss	Selvittää muistisairauden diagnoosin saamisen vaikutus elämään ja leimautumisen pelko.	Kvalitatiivinen tutkimus / 86	Persoonallisuus ja vuorovaikutus muihin ihmisiin muuttuvat muistisairauden diagnoosin saamisen jälkeen.
Clonsky, M. & Clonsky, E. 2011	Identifying cognitive impairment during the Annual Wellness Visit: Whom can you trust?	Selvittää tuleeko muistisairaahan todellinen toimintakyky esille vuosittaisissa lää-	Kvantitatiivinen tutkimus / 201	Muistisairaat eivät kykene arvioimaan omaa toimintakykyään ja antamaan siitä luotettavaa tietoa vuosittaisissa lääkärintarkastuksissa.

Taulukko tutkimuksista Liite 2

		kärintar- kastuk- sissa.		
Corrada, M.; Brook- meyer, R.; Paganini- Hill, A.; Berlau, D. & Kawas, C. 2010	Dementia Incidence Con- tinues to Increase with Age in the Oldest Old The 90+ Study	Tutkimu- slkäänty- misen vaikutuk- sesta- demen- tian syn- tyyn vielä 90 ikä- vuoden jälkeen.	Pitkittäistut- kimus /330	Dementoivat sairaudet sairastuttavat vanhuksia vielä korkeassakin iässä sukupuolesta riippu- matta.
Etgen, T.; Sander, D.; Bickel, H. & Först, H. 2011.	Mild Cognitive Impair- ment and Dementia The Importance of Modifi- able Risk Factors	Selvittää somaat- tisten sairauk- sien vai- kutuksen toi- mintaky- vyn hei- kentymi- seen ja dementi- aan	Kir- jallisuustutki- mus/1990- 2010	Kognitiivisen toimim- intakyvyn heikkenemi- nen ja dementia voidaan yhdistää moni- insomaattisiin sairauksiin, kuten dia- betes, kohonnut koles- trolita verenpainetauti.
Jefferis, J.; Collerton, J.; Taylor, J-P.; Jag- ger, C.; Kingston, A.; Davies, K.; Kirkwood, T. & Clarke, M. 2012.	The impact of visual im- pairment on Mini-Mental State Examination Scores in the Newcastle 85+ study	Selvittää heikenty- neen näön merkitys- tä muisti- testin te- kemiseen jättyä lok- seen.	Kvalitatiiv- inen tutki- mus/ 839	Heikkonäkövai- kutta apisteitä alenta- vasta muistitestin tulokseen jättäen vaikeut- ta sen tekemistä.
Laitalainen, E.; Hela- korpi, S. & Uutela, A. 2007.	Eläkeikäisen väestön ter- veyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993- 2007	Kansan- terveys- laitoksen tutkimus eläke- ikäisten terveys- käyttäy- tymisen muutok- sista vuosi- sien 1993- 2007	Postikysely- tutkimus /1847	Lopputuloksena todet- tiin yleisesti vanhusten toimintakyvyn parantu- neen vuosien mittaan. Tupakointi on vähenty- nyt, mutta alkoholin käyttö sitä vastoin on li- sääntynyt.

Taulukko tutkimuksista Liite 2

		välisenä aikana.		
Malakouti, S.; Fatollahi, P.; Mirabzadeh, A.; Salavati, M. & Zandi, T. 2006.	Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly	Masennuksesta kärsii ikääntyneitä ympäri maailmaa ja sopivien testien diagnnoosin varmistamiseksi on tärkeää ja tutkimuksessa tutkitaan GDS-mittarin luotettavuutta.	Kvantitatiivinen tutkimus/ 204	Tutkimuksessa todettiin GDS-mittarin lyhemmän ja pidemmän version olevan erittäin hyviä masennuksen testaamiseen.
Mitchell, A.J. & Shiri-Feshki, M. 2009.	Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia	Selvittää lievän kognitiivisen heikentymän yhteyttä dementiaa sairastumiseen.	Meta-analyysi/ 41 tutkimusta	Alle puolella lievistä kognitiivisesta heikentymästä todettiin dementia 10 vuoden seurannan aikana.
Mulin, E.; Leone, E.; Dujardin, K.; Delli-iaux, M.; Leentjens, A.; Nobili, F.; Dessi, B.; Tible, O.; Agüera-Ortiz, L.; Osorio, R.; Yessavage, J.; Dachevsky, D.; Verhey, F.; Cruz-Jentoft, A.; Blanc, O.; Llorca, P. & Robert, P. 2011.	Diagnostic criteria for apathy in clinical practice	Muistisairauksiin liittyvän apatian diagnostisten kriteerien selvittäminen	Havainnointi perustuvapöikile-ikkaustutkimus/ 306	Apatia on hyvin yleinen oire muistisairauksien yhteydessä. Sen kriteeristö ja kuvauksen yhtenäistämisen voidaan katsoa helpottavan muistisairauden oireiden määrittelyä.

Taulukko tutkimuksista Liite 2

Sainsbury, A.; Seebass, G.; Bansal, A. & Young, J. 2005.	Reliability of the Barthel Index when used with older people	Tutkimus Barthelinin indeksin luotettavuudesta kun sitä käytetään ikääntyneiden toimintakyvyn mittamisessa.	Meta-analyysi / 12 tutkimusta	Barthelinin indeksi on luotettava, kun haastattelut tehdään kasvotusten tai puhelimitse, mutta henkilöillä, joilla on ongelmia kognitiivisessa toimintakyvyssä, voi tulos olla epäluotettava.
Steinberg, M.; Shao, H.; Zandi, P.; Lyketsos, C.; Welsh-Bohmer, K.; Norton, M.; Breitner, J.; Steffens, D.; Tschanz, J. & Cache County Investigators. 2008.	Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study	Neuropsykiatristen oireiden esiintyvyyden kartoittaminen muistisairailta.	Kvantitatiivinen pitkäaikais tutkimus kestoltaan 5 vuotta / 408	97 prosenttia tunnistainakin yhden neuropsykiatrisen oireen itsellään. Apatia, masennus ja harhaluulot olivat oireista yleisimmät, kun taas estottomuuden tai riemun tunnetta ei tutkimuksessa tullut esiin.
Trigg, R.; Jones, R. & Skevington, S. 2007	Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life?	Tutkimuksissa sairastuvien kykyä arvioida luotettavasti omaa elämänsä laatuaan ja tämän tiedon lisääminen.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus / 60	Lievemmästä muistisairaudesta kärsivät ihmiset selviytyivät testeistä selkeästi paremmin ja osasivat nimetä tunteita sekä arvioida omaa terveyttään.

Ulkomaalaiset artikkelit Liite 3

Tekijät ja vuosi	Artikkelin/ oppaan-nimi	Tarkoitus
Alberta, M.;DeKosky, S.;Dickson,D.;Dubois, B.;Feldman, H.;Foxg, N.;Camst, A.;Holtzman,D.;Jagustk, W.; Petersen, R.;Snyder, P.; Carrillo, M.;Thieso, B. & Phelps, C. 2011	The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup	Lievästä kognitiivisesta heikentymisestä Alzheimerin tautiin, kriteerit ja suositukset.
Andersson, A.;Blomstrand, I.;Dahm, L.; Gustafsson, S.; Göthlin, H.; Lund, Å.; Löf, C.;Romedahl, M.; Skoglund, A.;Skoglöf, I. & Ånberg-Lindblom, A-K. 2012	Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga	Kognitiivisen toimintakyvyn ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tarkistuslista joka helpottaa arviointien tekemistä.
Andersson, A.;Johansson A-L; Johansson, Å. &McElhinney, M. 2010	Demens och bemötande	Oppaaseen koottu perustietoa demen-toivista sairauksista.
Askmark, H.;Arvidson, B.;Beermann, B.; Bergström, K.; Bylund, P.;Dizdar, N.; Forslund, L.; Holmberg, B.;JansonLang, A.;Johnels, B.; Johansson, A.;Linder, A.;Lökk, A.; Nilsson, D.;Poppek, E.;Rehncrona, S.;Sydow, O.;Wachtmeister, G.;Waldenlind, E. &Widner, H. 2008	Läkemedelsbehandling vid Parkinsons sjukdom. Behandlingsrekommendation.	Lääkelaitoksen suositus Parkinsonin taudin hoitoon ja yleistä tietoa taudista.
Carlsson, A.;Palo, L.; Hansson, B. & Bergbom, E. 2005	Processutveckling	Opasprosesseista.
CSCI: Quality, Performance and Methods Directorate. 2009	Guidance for inspectors: Short Observational Framework for Inspection	
Dragon, A. & Persson, M. 2013	Upplevelser i vardagen hos personer med demenssjukdom och som bor i ordinärt boende	Maisterin lopputyö koskien vanhusten kokemuksia omasta toimintakyvystään ja arjesta selviytymistä.
Ericsson, I. 2011	Välbefinnande och demens	Väitöskirja muistisaira-an hyvinvoinnin li-säämisestä
Greenberg, S. 2012	The Geriatric Depression Scale (GDS)	Ikääntyneen masennukseen käytetyn mittarin (GDS) tiedot ja ohjeistus
Helbostad, J.;Taraldsten, K. &Saltvedt, I. 2011	Demens	Kansanterveysinstituutin opas liikun-

Ulkomaalaiset artikkelit Liite 3

		nasta sairauden ennaltaehkäisyssä jahoitokeinona.
Herméren, G. & Lynöe, N. 2008	Etik – en introduktion	Valtion opas eettisille kysymyksille lääketieteessä.
Kensinger, E. 2009	Cognition in aging and age – related disease	Artikkeli ikääntymisestä, sairauksista ja toimintakyvystä.
Nikku, N. 2012	Uppsatsetik	Opas opiskelijoiden kirjallisten töiden eettiselle pohdinnalle.
Smith, S. & Gove, J. 2005	Physical Changes of Aging	Artikkeli fyysisen toimintakyvyn muutoksista ikääntymisen yhteydessä.
Swedish National Institute of Public Health. 2007	Healthy Ageing – A Challenge for Europe	Raportti terveellisestä ikääntymisestä Euroopassa
Ternström, M. 2014	Fysisk aktivitet	Artikkeli fyysisestä toimintakyvystä
Toward Optimized Practice Program.TOP. 2009	Guideline for cognitive Impairment: is this dementia?	Opaskognitiivisesta toimintakyvystä
Wahlund, L. 2006	Regionalt vårdprogram demens	Raportti muistisairaiden hoitotyön linjauksesta

Työväline muistisairaahan toimintakyvyn havainnointiin

Nimi	Pisteet			
Syntymäaika	1 = ei suoriudu avustettunakaan/huono			
Apuvälineet	2 = ei suoriudu ilman apua/ kohtalainen			
	3 = suoriutuu vähäisin avuin/keskinkertainen			
	4 = suoriutuu ohjattuna/ melko hyvä			
	5 = suoriutuu itsenäisesti/ hyvä			
	pvm	pvm2	pvm3	pvm4
1. Fyysinen toimintakyky				
liikkuminen sisällä				
liikkuminen ulkona/ ulkoilu				
wc-toiminnot				
pukeutuminen/riisuutuminen				
keittiötö				
ruokailu				
syöminen				
Summa	0	0	0	0
2. Psyykkinen toimintakyky				
mieliala				
käytös				
voimavarat				
kiinnostuneisuus				
vuoron odottaminen				
tunteiden ilmaisu				
aloitekyky				
Summa	0	0	0	0
3. Kognitiivinen toimintakyky				
aikaan orientoitunut				
paikkaan orientoitunut				
ihmisten tunnistaminen				
omatoimisuus				
kuulo				
näkö				
puheen tuottaminen				
puheen ymmärtäminen				
lähimuisti				
kaukomuisti				
lukeminen				
kirjoittaminen				
tavaroista huolehtiminen				
Summa	0	0	0	0
4. Sosiaalinen toimintakyky				
vuorovaikutustaidot				
aktiivisuus ryhmässä				
yhteisöllisyys				
osallistuminen ryhmässä				
uusien suhteiden luominen				
Summa	0	0	0	0
Yhteispisteet	0	0	0	0
Muut huomiot: _____				
Lupa tietojen luovutukseen saatu	Kyllä	Ei		

Ohjeita havainnointiin

1. Fyysinen toimintakyky

Liikkuminen sisällä ja ulkona apuvälineellä (2) tai kokonaan ilman apuvälineitä (5)
Toimintoihin sisältyy Wc istuintoimintojen sujuvuus ja käsihygienia
Päälysvaatteiden riisumisen ja pukemisen toiminnot
Keittiötöyt kuten pöydän kattaminen, tiskaus, ja muissa ruokailuun liittyvässä avustaminen
Ruokailussa seurataan välineiden käyttöä, ruoan ottamista ja juoman kaatamista
Syömiseen sisältyy ruoan paloittelu, ruokahalu, itsenäinen syöminen ilman erillistä kehoitusta

2. Psyykkinen toimintakyky

Mielialaa voidaan arvioida hyvänä itkuinen tai muuten matala
Käyttöön kuuluvat normaalit käytöstavat
Omien voimavarojen tunnistaminen, tiedostaminen ja käyttäminen
Osoittaa kiinnostusta aktiviteetteihin ja haluaa osallistua niihin
Jaksaa odottaa omaa vuoroaan häiriintymättä ja häiritsemättä
Kykenee aloittamaan aktiviteetit ilman erillistä pyyntöä, on oma-aloitteinen

3. Kognitiivinen toimintakyky

Tietää viikonpäivän, päivämäärän, vuoden, vuodenajan
Tietää missä on ja miksi
Tunnistaa ohjaajia ja ihmisiä nimeltä
Osaa toimittaa asiansa omatoimisesti, ei tarvitse jatkuvaa ohjausta
Kuulee ilman apuvälinettä (5) tai kuulolaite käytössä (2)
Näkee ilman apuvälinettä (5) tai silmälasit käytössä (2)
Kykenee tuottamaan ymmärrettävää puhetta
Ymmärtää puhetta
Muistaa lähiaikojen tapahtumat muutaman päivän sisältä
Muistaa vanhoja asioita pidemmältä ajalta
Kykenee kirjoittamaan ymmärrettävää tekstiä
Pystyy huolehtimaan omista tavaroistaan

4. Sosiaalinen toimintakyky

Käyttää vuorovaikutustaitojaan
On aktiivinen, tekee ehdotuksia koskien aktiviteetteja
Osallistuu ryhmän toimintaan
Kykenee luomaan uusia suhteita

Kaaviot toimintakyvyn muutoksista

1. Fyysinen toimintakyky



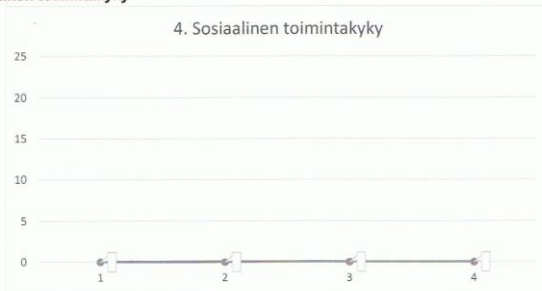
2. Psyykkinen toimintakyky



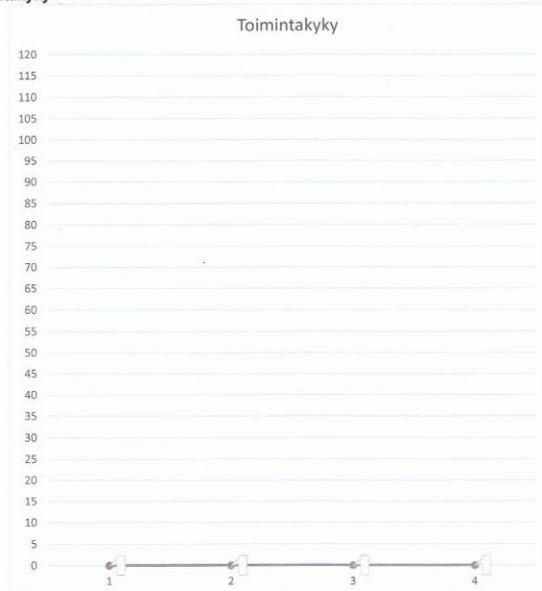
3. Kognitiivinen toimintakyky



4 Sosiaalinen toimintakyky



5. Toimintakyky



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slightly aged or off-white appearance.

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Päivi Holmström